

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE ENFERMERÍA

CARRERA DE NUTRICIÓN HUMANA

**DISERTACIÓN DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN NUTRICIÓN HUMANA**

**ESTUDIO DE CONOCIMIENTOS, PERCEPCIONES Y PRÁCTICAS
RELACIONADAS CON LA ALIMENTACIÓN EN PACIENTES DE LA
CLÍNICA DE DIABETES DEL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS**

Elaborado por:

ERIKA RIVADENEIRA

QUITO, JUNIO 2015

RESUMEN

La Diabetes Mellitus Tipo 2 es una enfermedad crónica cuya prevalencia en Quito es del 4.8%. Este tipo de diabetes tiene relación con los malos hábitos alimentarios, que pueden ser originados por la falta de conocimiento o por la mala comprensión de las prescripciones dietéticas para sus prácticas alimentarias. El objetivo es identificar los conocimientos, percepciones y prácticas de hábitos alimentarios en pacientes de la Clínica de Diabetes del Hospital Enrique Garcés, en enero de 2015. Para ello se estableció un estudio tipo observacional, descriptivo, transversal con enfoque cuantitativo en una población de 40 personas (46-86 años de edad). Se encontró que si bien las percepciones de los pacientes frente a su enfermedad son positivas, algunas prácticas alimentarias saludables no son cumplidas correctamente, lo cual sugiere que no hay una relación directa entre ellas, ya que el hecho de tener una buena actitud, no determina el grado de cumplimiento de las prescripciones alimentarias.

ABSTRACT

Diabetes Mellitus Type 2 is a chronic disease which prevalence in Quito is 4.8%. This type of diabetes has relation whit poor eating habits that can be caused by the lack of knowledge or by the bad comprehension of dietary perceptions for their food practices. The objective is to identify the knowledge, perceptions and practices of eating habits in patients from “Clínica de Diabetes del Hospital Enrique Garcés” in January 2015. For that reason this is an observational, descriptive, cross – sectional study with a quantitative approach, in a population of 40 people (46 – 86 years old). It was found that even though the patient’s perceptions are positive, some healthy dietary practices are not followed properly, suggesting that there’s not a direct relationship between them, because the fact of having a good attitude, don’t determinate the grade of compliance of dietary practices.

DEDICATORIA

Para mis padres y mi hermana por apoyarme a lo largo de mi carrera y por brindarme la fuerza para seguir adelante en los momentos más difíciles.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer al Dr. Byron Mendoza y a los miembros de la Clínica de Diabetes del Hospital Enrique Garcés por brindarme la oportunidad de realizar este estudio y apoyarme durante la realización del mismo.

También a mi directora de disertación Geovanna Arcos, por guiarme y aconsejarme a lo largo de todo este proceso, a mis lectores Edgar Rojas y William Galarza por dedicarme parte de su tiempo y a todos los profesores que han formado parte de mi formación como profesional.

ÍNDICE DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	1
1. CAPÍTULO I: ASPECTOS BÁSICOS DE LA INVESTIGACIÓN	3
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.2. JUSTIFICACIÓN	6
1.3. OBJETIVOS: GENERAL Y ESPECÍFICOS.....	8
1.4. METODOLOGÍA, TIPO DE ESTUDIO, POBLACIÓN Y MUESTRA, PLAN DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN.....	9
2. CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO E HIPÓTESIS	12
2.1. TRATAMIENTO NUTRICIONAL PARA PACIENTES DIABÉTICOS	12
2.1.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA DIETA EN EL DIABÉTICO.....	13
2.1.2. PLAN DE ALIMENTACIÓN.....	16
2.1.3. EDULCORANTES EN LA DIABETES.....	17
2.1.4. CONSEJERÍA NUTRICIONAL.....	18
2.1.5. IMPORTANCIA DE LA CORRECTA ALIMENTACIÓN EN DIABETES	19
2.2. CONOCIMIENTOS, PERCEPCIONES Y PRÁCTICAS DE PACIENTES DIABÉTICOS	21
2.2.1. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO NUTRICIONAL EN PACIENTES DIABÉTICOS.....	21
2.2.2. CONOCIMIENTOS, PERCEPCIONES Y PRÁCTICAS ALIMENTARIAS....	23
2.3. HIPÓTESIS	31
2.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	32
3. CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	36
3.1. PERFIL DE LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA DE DIABETES DEL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS.....	36
3.2. CONOCIMIENTOS DE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS DE LAS PACIENTES DIABÉTICOS	38

3.3. PERCEPCIONES DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS FRENTE A FACTORES RELACIONADOS CON LA ALIMENTACIÓN QUE DEBEN LLEVAR	41
3.4. PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS	45
CONCLUSIONES	55
RECOMENDACIONES	56
BIBLIOGRAFÍA	58
ANEXOS	63

LISTA DE TABLAS

Tabla N°1. Sexo De Los Pacientes Diabéticos De La Clínica De Diabetes Del Hospital Enrique Garcés, Enero Del 2015	37
Tabla N°2. Percepción Del Manejo De La Comunicación Del Nutricionista En La Educación De Los Pacientes De La Clínica De Diabetes Del Hospital Enrique Garcés, Enero Del 2015.....	42

LISTA DE GRÁFICOS

Grafico N°1. Distribución Por Grupos De Edad De Pacientes Diabéticos De La Clínica De Diabetes Del Hospital Enrique Garcés, Enero Del 2015	36
Gráfico N°2. Convivencia De Los Pacientes Diabéticos De La Clínica De Diabetes Del Hospital Enrique Garcés, Enero Del 2015.....	38
Grafico N°3. Conocimiento De Alimentos Hiperglucemiantes De Pacientes Diabéticos De La Clínica De Diabetes Del Hospital Enrique Garcés, Enero Del 2015	39
Gráfico N°4. Modificaciones De Patrones De Estilo De Vida En Pacientes De La Clínica De Diabetes Del Hospital Enrique Garcés, Enero Del 2015	40
Gráfico N°5. Percepción De La Importancia Del Apoyo Familiar En Los Pacientes De La Clínica De Diabetes Del Hospital Enrique Garcés, Enero Del 2015	43
Gráfico N°6. Percepción Del Acceso Económico Requerido Para La Alimentación De Pacientes De La Clínica De Diabetes Del Hospital Enrique Garcés, Enero Del 2015	44
Gráfico N°7. Frecuencia De Consumo De Alimentos Fuera De Casa De Los Pacientes De La Clínica De Diabetes Del Hospital Enrique Garcés, Enero Del 2015	46
Gráfico N°8. Frecuencia De Consumo De Agua En Los Pacientes De La Clínica De Diabetes Del Hospital Enrique Garcés, Enero Del 2015	47
Gráfico N°9. Frecuencia De Consumo De Frutas En Los Pacientes De La Clínica De Diabetes Del Hospital Enrique Garcés, Enero Del 2015	48
Gráfico N°10. Consumo De Verduras En Los Pacientes De La Clínica De Diabetes Del Hospital Enrique Garcés, Enero Del 2015.....	49
Gráfico N°11. Consumo De Pan En Los Pacientes De La Clínica De Diabetes Del Hospital Enrique Garcés, Enero Del 2015.....	50
Gráfico N°12. Consumo De Azúcar En Los Pacientes De La Clínica De Diabetes Del Hospital Enrique Garcés, Enero Del 2015.....	51

Gráfico N°13. Consumo De Porciones Extra En Los Pacientes De La Clínica De Diabetes Del Hospital Enrique Garcés, Enero Del 2015	51
Gráfico N°14. Número De Comidas Que Realizan Los Pacientes De La Clínica De Diabetes Del Hospital Enrique Garcés, Enero Del 2015	52
Gráfico N°15. Prácticas De Ayuno Y Uso De Edulcorantes En Los Pacientes De La Clínica De Diabetes Del Hospital Enrique Garcés, Enero Del 2015	53
Gráfico N°16. Cumplimiento Del Tratamiento Nutricional De Los Pacientes De La Clínica De Diabetes Del Hospital Enrique Garcés, Enero Del 2015	54

LISTA DE SÍMBOLOS O ABREVIATURAS

ADA: Asociación Americana de Diabetes (siglas en inglés)

ALAD: Asociación Latinoamericana de Diabetes

ATP: Adenosin Trifosfato

DAS: Encuestas de Actitudes en Diabetes (siglas en inglés)

DM2: Diabetes Mellitus Tipo 2

ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

HTA: Hipertensión Arterial

IMC: Índice de Masa Corporal

IMEVID: Instrumento de Medición de Estilo de Vida en pacientes con Diabetes mellitus tipo 2

INEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos

KAP: Conocimientos, Actitudes y Prácticas (siglas en inglés)

LDL: Lipoproteína de Baja Densidad (siglas en inglés)

OMS: Organización Mundial de la Salud

LISTA DE ANEXOS

Anexo N°1 Documento De Consentimiento Informado Para Pacientes Diabéticos Que Asisten A La Clínica De Diabetes Del Hospital Enrique Garcés.....	63
Anexo N°2 Encuesta De Conocimientos, Percepciones Y Prácticas.....	64

INTRODUCCIÓN

El presente estudio se realizó en la Clínica de Diabetes del Hospital Enrique Garcés, que está ubicado en el sur de Quito. Los miembros de la clínica se reúnen bajo una carpa localizada a un lado de la entrada principal del hospital, pues no cuentan con un espacio exclusivo para ellos. En ese mismo lugar, antes de la hora establecida para la reunión, se suelen dar turnos a los pacientes del hospital, y cuando no son entregados a tiempo, los miembros de la clínica deben esperar para realizar sus actividades.

La Clínica de Diabetes fue creada en el Hospital en el año 2006, por la gestión de un grupo multidisciplinario de especialistas en salud. La conforman alrededor de 100 personas; sin embargo, no todos asisten: en un día normal acuden de 50 a 60 personas. Las reuniones se realizan los viernes de 8:00 am a 12:00 pm. Las personas que conforman la clínica residen en el sur de Quito y pertenecen a un estrato económico medio-bajo. Al llegar por la mañana, todos los pacientes se toman la glicemia en ayunas, después algunos asisten a las actividades de la clínica, y el resto regresa a sus casas o van a realizar actividades personales. Suelen organizarse para eventos festivos, donde lo principal son las comidas copiosas.

Muchas de las personas que acuden a la clínica no conocen bien lo que comprende su enfermedad, por lo que no tienen un manejo adecuado de ella. Algunos de los miembros han acudido a la nutricionista del hospital; sin embargo, en su mayoría, no conocen la labor del nutricionista o la existencia del mismo.

La diabetes, por ser una enfermedad crónica, cuya prevalencia de glucemia mayor a 126 mg/dl es del 4.8% en Quito (Freire, y otros, 2013), requiere de un cuidado constante y de un cambio en el estilo de vida, que comprende tanto la toma de medicamentos así como el asumir nuevos hábitos alimentarios y la realización de actividad física. A pesar de ello, se puede ver que muchas personas no tienen la guía necesaria para realizar estos cambios, por lo que es frecuente encontrar complicaciones de salud en los pacientes, como la retinopatía, la nefropatía, y algo que es muy común: la presencia de hipoglucemias.

Los pacientes miembros de la Clínica de Diabetes han participado en otros estudios realizados por estudiantes de medicina acerca de pie diabético, pero ninguno ha

vido acerca de nutrición, por lo que es la primera vez que se realiza un estudio sobre conocimientos, percepciones y prácticas de hábitos alimentarios en estos pacientes.

1. CAPÍTULO I: ASPECTOS BÁSICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica, es decir que no tiene cura. Aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. Luego, si la diabetes mellitus no es controlada se produce un aumento de azúcar en la sangre (hiperglucemia), que con el tiempo puede llegar a dañar órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos (OMS, 2013).

Según datos de la Organización Mundial de la Salud en el mundo hay más de 347 millones de personas con diabetes mellitus. A causa de la hiperglucemia en ayunas, fallecieron 3.4 millones de personas en 2004; en tanto que en países con ingresos bajos y medios, más del 80% de las personas mueren por diabetes y se estima que para el 2030 será la séptima causa de muerte en el mundo.

En Latinoamérica, que abarca 21 países, la Federación Internacional de Diabetes estimó, en el 2011, una prevalencia del 9.2% entre los adultos de 20 a 79 años de edad, encontrándose la prevalencia más alta en Brasil y México. El pronóstico de crecimiento del número de casos para el 2030 es de 39.9 millones. Y lo más grave es que el 45% de los pacientes con diabetes ignoran su condición (ALAD, 2013).

Por otra parte según datos estadísticos del INEC (2011), en el Ecuador, la Diabetes Mellitus tipo 2 junto con las enfermedades hipertensiva y cardiovascular son las principales causas de muerte de la población (Freire, y otros, 2013). Además los casos notificados de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) fueron de 92 629, en el 2010. También se conoce que en nuestro país hay alrededor de 500 mil personas que sufren de diabetes, pero apenas unas 100 mil reciben tratamiento adecuado (OMS, 2013).

La prevalencia de diabetes en el Ecuador revelada por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) en 2013, para la población de 10-59 años, es del 2.7%. Se destaca un incremento a partir del tercer decenio de vida, siendo un valor de hasta 10.3% en el quinto decenio. Estos hallazgos se complementan con los resultados de la encuesta SABE II Ecuador 2011, que encontró una prevalencia del 12.3% para los adultos mayores de 60 años y del 15.2% en el grupo de 60-64 años (Freire, y otros, 2013).

Las causas de esta enfermedad pueden ser varias, sin embargo un aspecto importante es la alimentación, ya que se ha evidenciado que los factores de riesgo que determinan la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles, como la Diabetes Mellitus, son el consumo elevado de alimentos poco nutritivos, con alta densidad energética y alto contenido de grasas, azúcar y sal, así como la reducción de los niveles de actividad física y el consumo de tabaco (Freire, y otros, 2013).

Por lo tanto, la educación nutricional en estos pacientes es indispensable, como se puede comprobar en un estudio realizado en comunidades urbanas de Costa Rica, donde participaron 36 adultos con diabetes tipo II, de los cuales 19 recibieron una intervención educativa, mientras que el resto (grupo control) recibió la atención ambulatoria normal (Arauz, Roselló, Rodríguez, Jiménez, & Guzmán, 1997).

Solo el grupo de intervención tuvo una significativa disminución de grasas totales, ácidos grasos saturados, calorías totales y colesterol de la dieta; y se preocupó por un cambio tanto en el tipo como en la cantidad de grasa utilizada para la preparación de alimentos: redujo en 10% el consumo diario de manteca e incrementó el de aceite en 13%. Además, aminoró el consumo de azúcar simple de 30% a 10%, mientras el grupo control aumentó en 5% (Arauz, Roselló, Rodríguez, Jiménez, & Guzmán, 1997).

También los horarios de comidas se fijaron y ordenaron a fin de lograr tiempos adecuados para alimentarse, con un promedio de 5.3 a 4.8 al día. Por lo que el grupo intervención perdió más peso que el grupo control, normalizó la glicemia y la hemoglobina glicosilada, alcanzando valores deseables. El perfil lipídico se mantuvo en rangos aceptables (Arauz, Roselló, Rodríguez, Jiménez, & Guzmán, 1997).

A pesar de esto, según estudios realizados por la Universidad de Harokopio en Grecia, en 2006, se encuentra que los pacientes que tienen diabetes suelen informar lo que se debe comer, pero no les gusta decir lo que en realidad consumen. En general, estos pacientes reciben una amplia cantidad de información sobre los alimentos que deben consumir, y suelen familiarizarse con los tamaños de las porciones y tratan de cuidar su ingesta dietética para controlar su glicemia, pero se encuentra que a más conciencia de cómo debe ser su ingesta dietética, menos se observa su cumplimiento en la práctica (Yannakoulia, 2006).

Según datos de ENSANUT (2011-2013), la prevalencia de diabetes en el área urbana del Ecuador es de 3.2% y la prevalencia más alta de glucemia mayor a 126 mg/dl es de 4.8% en Quito. Y tienen relación con los malos hábitos alimentarios, centrados en el consumo de alimentos altamente calóricos y con gran contenido de azúcar y grasa.

Estudios muestran que existe un 50% de incumplimiento en el tratamiento de la diabetes, lo que se puede dar por desconocimiento de la enfermedad, un diagnóstico médico poco fiable por una consulta de pocos minutos, que añade una falta de comprensión de las indicaciones médicas. Todo esto contribuye a que los pacientes no tengan suficiente información de su enfermedad para que puedan aplicarla en sus vidas diarias (Durán, Rivera, & Gallegos, 2011), pues el conocimiento influye en las personas para que asuman una percepción diferente ante su enfermedad y opten por nuevas prácticas de salud.

1.2. JUSTIFICACIÓN

La Diabetes según la OMS se ha vuelto una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el país, por lo que se convierte en un problema de salud relacionado con la nutrición, que debe ser solucionado no solo a través de un tratamiento farmacológico, sino mediante una correcta alimentación.

La Diabetes, al ser una enfermedad crónica, trae consigo varias complicaciones que afectan la salud de las personas. Estas se producen por un mal control metabólico o por la presencia de otras enfermedades como Hipertensión Arterial (HTA), riesgo cardiovascular, dislipidemia, y factores externos como el consumo del tabaco (Arteagoitia & Piniés, 2009).

Del 36 al 50% de los pacientes diabéticos presentan complicaciones: las más comunes son la enfermedad cardiovascular, la retinopatía y nefropatía, enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular, enfermedad arterial periférica y alteración en el sistema nervioso. Otra complicación frecuente es la hipoglucemia, que se produce cuando hay un descenso de la glucemia por debajo de sus valores normales, y puede ser provocado por un consumo inapropiado de alimentos, alcohol y por exceso de ejercicio. La hipoglucemia puede ocasionar coma diabético, convulsiones o alteraciones neurológicas (Arteagoitia & Piniés, 2009).

Los pacientes que poseen un mejor conocimiento acerca de su enfermedad y tienen la ayuda de una guía para ponerla en práctica, logran un mejor estilo de vida y un mejor estado de salud, debido a que al mantener los niveles de glicemia entre los límites correctos, conjuntamente con la alimentación adecuada, evitará complicaciones propias de la enfermedad, que puedan conducir a una mayor probabilidad de muerte.

El conocimiento de la Diabetes por parte de las personas es más que reproducir informaciones, debe incitarles a una modificación de sus percepciones, comportamientos y hábitos de vida y alimentación (Luchetti, Zanetti, Dos Santos, Martins, & De Sousa, 2009). Conociendo que en Quito la prevalencia de Diabetes es del 4.8%, realizar un estudio de conocimientos, percepciones y prácticas de hábitos alimentarios contribuye para que haya una buena educación nutricional, lo que es un factor básico para conseguir un tratamiento adecuado que estimule el autocuidado, y se convierta así en una estrategia eficaz para retardar o disminuir el desarrollo de las complicaciones propias de la enfermedad (Selli, Kauffmann, Nazareth, & Zapico, 2005).

En el año 2006, el Hospital Enrique Garcés decide crear la Clínica de Diabetes, y para su mejor funcionamiento la proveyó de un médico especialista, una enfermera, un psicólogo, un educador para la salud, una trabajadora social, una nutricionista, laboratorio clínico con un delegado, fisioterapistas, a la vez que promovió entre los miembros de la clínica organizar una directiva para canalizar sus acciones.

Posee varios programas enfocados en actividades de recreación y en el control de la glicemia. Sin embargo no cuenta con un programa específico de nutrición. De ahí la importancia de evaluar los cuidados de los pacientes, ya que con una buena educación nutricional pueden llegar a reproducir la información y ser educadores para el resto de la población, pues los cuidados que tienen en su dieta, deberían ser seguidos incluso por las personas sanas para evitar enfermedades crónicas, las cuales no son curables pero son controlables. Además se sabe que no existen estudios previos sobre este tema en el Hospital Enrique Garcés.

A través del estudio, las personas que conforman la Clínica de Diabéticos del Hospital Enrique Garcés de Quito se verán beneficiadas junto con sus familiares, ya que tras la exposición de los resultados, podrán entender de mejor manera las prácticas que son necesarias para el mantenimiento de su enfermedad. Además, al aprender cómo debe ser la correcta alimentación en diabéticos, aumentará la confianza en ellos mismos y podrán mejorar su autoestima, su actitud frente a su enfermedad, con el agregado de saber que una dieta adecuada no es costosa y ahorra dinero.

Es importante recalcar que al tener una buena alimentación, se reducen las complicaciones propias de la enfermedad y eso contribuye a que haya una mayor independencia del paciente con respecto a los controles médicos y una mayor capacidad para el autocuidado. Los beneficios no solo son para la persona intervenida sino también para el investigador, ya que se adquiere conocimientos más profundos sobre el tema y una mayor experiencia para tratar pacientes que presenten esta patología.

Con este proyecto también se busca entender un poco más el conocimiento y comportamiento de las personas con Diabetes Mellitus, a fin de realizar recomendaciones que les ayuden a cambiar su estilo de vida. Y como nutricionistas es de mucha importancia, puesto que se debe prevenir comorbilidades y la aparición de las mismas; es decir, lograr que los pacientes diabéticos puedan vivir más saludablemente, al conseguir un mejor estado nutricional.

1.3. OBJETIVOS: GENERAL Y ESPECÍFICOS

Objetivo general

- Analizar los conocimientos, percepciones y prácticas de hábitos alimentarios en pacientes diabéticos que asisten a la Clínica de Diabetes del Hospital Enrique Garcés en Enero de 2015.

Objetivos específicos

- Enunciar las características demográficas del paciente diabético que asiste a la Clínica de Diabetes del Hospital Enrique Garcés en enero del 2015, para establecer el contexto poblacional.
- Identificar los conocimientos que los pacientes diabéticos tienen acerca de los hábitos alimentarios saludables, en la Clínica de Diabetes del Hospital Enrique Garcés en enero del 2015.
- Establecer percepciones de los pacientes de la Clínica de Diabéticos del Hospital Enrique Garcés, frente a la alimentación que deben llevar con su enfermedad, en enero del 2015.
- Determinar las prácticas alimentarias en la vida diaria que tienen los pacientes con Diabetes Mellitus, que asisten a la Clínica de Diabetes del Hospital Enrique Garcés en enero del 2015.

1.4. METODOLOGÍA, TIPO DE ESTUDIO, POBLACIÓN Y MUESTRA, PLAN DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

Tipo de estudio

El presente estudio es de tipo observacional, descriptivo, transversal, debido a que se busca analizar los conocimientos, percepciones y prácticas alimentarias de los pacientes diabéticos, que acuden a la Clínica de Diabéticos del Hospital Enrique Garcés en enero de 2015.

El enfoque de la investigación es de tipo cuantitativo, puesto que se aplicarán métodos estadísticos, como porcentaje y distribución, para relacionar las variables y comprobar la hipótesis del estudio. Es de nivel descriptivo porque los resultados obtenidos a través de la encuesta establecida se analizarán a través de cruce de variables, y no existe una intervención por parte del investigador.

Universo y muestra

La Clínica de Diabetes del Hospital Enrique Garcés cuenta con alrededor de 100 personas, de las cuales asisten regularmente entre 50 y 60. Esta circunstancia determinó que no sea necesaria la existencia de una muestra y que por los factores de inclusión y exclusión se limite el estudio a un total de 40 pacientes.

Factores de inclusión: Pacientes adultos diabéticos de 40-90 años, que tengan al menos dos controles subsecuentes en la Institución, y que asistan a los encuentros 3 veces al mes.

Factores de exclusión: Pacientes adultos que presenten insuficiencia renal, VIH/SIDA, mujeres en estado de gestación y lactancia, personas que tengan discapacidad mental y auditiva, que no den su consentimiento para la participación y aquellas personas que no asisten con regularidad a los encuentros y por lo tanto no puedan ser localizados.

Fuentes, técnicas e instrumentos

La recolección de la información para este estudio se obtuvo a través de fuentes primarias, es decir de los pacientes involucrados. Para esto se empleó como técnica una

encuesta que buscaba averiguar los conocimientos, percepciones y prácticas de los hábitos alimentarios en pacientes diabéticos. Sin embargo, al no disponer de una encuesta que abarque estos tres aspectos, se adaptó de las siguientes fuentes:

- Conocimientos: KAP questionnaire, encuesta que fue validada en un periodo de 9 meses en dos hospitales multidisciplinarios y una clínica de diabéticos, en Tamil Nadu, India. Se la utilizó para medir los conocimientos que los pacientes diabéticos tienen sobre la diabetes.
- Percepciones: encuesta DAS - 3 (Diabetes Attitude Survey), que fue validada en 1998 en la Universidad de Michigan, EEUU. La validación estuvo a cargo del “Diabetes Research and Training Center”, y consta de 33 preguntas de selección múltiple, con escalas y puntuación establecidas. Es utilizada en varios estudios para conocer las percepciones que presentan los pacientes diabéticos frente a diferentes aspectos de su vida, entre ellos la alimentación.
- Prácticas: encuesta IMEVID (Instrumento de Medición de Estilo de Vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2). Fue validada en el periodo de marzo del 2001 a abril del 2002 en las Unidades de Medicina Familiar 62, 64, 91, 184, 185 y 186 de la delegación Estado de México Oriente, del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicada en el área metropolitana de la Ciudad de México. Es utilizada por diferentes investigadores para identificar prácticas en la forma de vida de pacientes con diabetes.

La realización de la encuesta utilizó como instrumento un cuestionario (Anexo N°2), que consta de preguntas cerradas de selección múltiple. Al inicio se encuentran datos generales y luego tres secciones que comprende 3 preguntas de conocimientos, 3 de percepciones y 13 relacionadas con las prácticas alimentarias. Las variables se analizaron por separado. El cuestionario se llevó a cabo de forma individual, donde el investigador leyó las preguntas al participante.

Cada actividad se llevó a cabo previa la aceptación y el consentimiento informado, que se proporcionó y leyó a cada uno de los pacientes diabéticos del grupo de estudio antes del comienzo de la encuesta. El consentimiento quedó registrado mediante la firma del participante; cuando esto no fue posible, se escribió el nombre del participante.

Recolección y análisis de información

Para el presente estudio se realizó una solicitud al Médico encargado de la administración y dirección de la Clínica de Diabéticos del Hospital Enrique Garcés, pidiéndole su autorización para realizar una evaluación de conocimientos, percepciones y

prácticas a los pacientes conformantes de esta clínica. Una vez aprobada la solicitud se realizó un consentimiento informado para ser firmado por cada una de las personas que participó en el estudio, antes de iniciar la encuesta.

Después de ello, se realizó las encuestas (llenar el cuestionario) a cada uno de los participantes de forma individual, ya que muchos de ellos no podían leer o escribir por problemas de visión. Una vez que se obtuvo la información se procedió a la tabulación de datos, donde se analizó cada pregunta por separado mediante el empleo de tablas y gráficos estadísticos. Se utilizó gráficos de distribución para los rangos de edad de los pacientes; gráficas en barra o pasteles de acuerdo a las características de las preguntas de conocimientos, percepciones y prácticas; y también tablas para expresar variables sencillas que no necesitan una representación gráfica, así como se describió aquellos datos que no necesitan una ilustración para ser entendidos.

Se empleó el programa de Microsoft Office 2010, Excel, para realizar la tabulación así como de los gráficos y tablas estadísticos. Los resultados se analizaron a través de estadística descriptiva, ya que se obtuvo la información en base a los datos recolectados mediante la encuesta.

2. CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO E HIPÓTESIS

2.1. TRATAMIENTO NUTRICIONAL PARA PACIENTES DIABÉTICOS

La Diabetes es una enfermedad que resulta como consecuencia de un déficit absoluto o relativo de insulina producido por las células beta del páncreas. En condiciones normales, esta hormona actúa sobre los diferentes tejidos del cuerpo, activando los transportadores de glucosa. Cuando la insulina se une a los receptores de las células, la glucosa logra movilizarse al interior de las mismas, por lo que cuando hay ausencia de las células la glucosa no logra entrar y que queda libre por la sangre provocando hiperglucemia (Arce, Catalina, & Mallo, 2006).

La hiperglucemia, en las personas diabéticas, hace que el cuerpo elimine glucosa por la orina, también llamada glucosuria, lo que a su vez hace que aumente la diuresis de la persona, provocando poliuria. Al mismo tiempo, cuando se elimina demasiada orina se produce sed y aumento de la ingesta de líquido, polidipsia. Si el déficit de insulina es severo, la pérdida de glucosa por orina produce pérdida de peso, que puede desembocar en estado de malnutrición, que puede llegar a ser una causa de mortalidad en el paciente (Arce, Catalina, & Mallo, 2006).

Las células, al no poder captar la glucosa de la sangre, son incapaces de generar ATP (energía para el organismo), por lo que se produce un estado de astenia y un aumento de apetito también llamada polifagia. Por otra parte se produce una pérdida de peso debido a que el tejido adiposo no puede utilizar la glucosa para sintetizar lípidos (Arce, Catalina, & Mallo, 2006).

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) es la más frecuente, y suele aparecer tras el desarrollo de una resistencia a la acción de la insulina, junto con una insuficiente respuesta compensadora de la secreción de esta hormona. Casi el 90% de los casos de diabetes son de este tipo, y cuando existe antecedente familiar de primer grado hay un 40-80% de posibilidades de presentarla (Figuerola, 2001).

Entre las causas más frecuentes de la diabetes tipo 2 están los factores genéticos, la obesidad (sobre todo la obesidad central, específicamente la obesidad visceral), el sedentarismo y los hábitos alimentarios, los cuales condicionan la resistencia a la insulina (Figuerola, 2001).

El tratamiento nutricional forma parte integral del cuidado y el control de la diabetes. Requiere un abordaje individualizado de instrucción y consejo de autocontrol efectivo de la nutrición. La monitorización de la glucosa, la hemoglobina glicosilada, los niveles de lípidos, presión arterial, el peso y la calidad de vida es esencial para evaluar el éxito de las recomendaciones nutricionales (Mahan, Escott, & Raymond, 2013).

El objetivo del tratamiento nutricional en la diabetes hace hincapié en el cambio de estilo de vida para mejorar el control glucémico, los niveles de lípidos y lipoproteínas y la presión arterial. Además busca mejorar la salud mediante la elección correcta de alimentos y la actividad física, ya que constituyen la base de todas las recomendaciones nutricionales (Mahan, Escott, & Raymond, 2013).

La intervención nutricional comprende la reducción de la ingesta de grasas y calorías, cálculo de hidratos de carbono, elección de alimentos saludables, planificación de comidas, actividad física y estrategias conductuales. Estudios demuestran que, al seguir el tratamiento médico-nutricional, las reducciones en la hemoglobina glicosilada a los 3-6 meses es de un 0.25-2.9%, sobre todo en pacientes con DM2 (Mahan, Escott, & Raymond, 2013).

2.1.1. Características generales de la dieta en el diabético

La dieta para un paciente diabético requiere de ciertos cambios, sobre todo en lo que respecta a la ingesta de los diferentes macronutrientes y micronutrientes.

2.1.1.1. Ingesta de carbohidratos

Las concentraciones de glucosa plasmática están determinadas directamente por la producción de glucosa que se da a partir de la ingesta de carbohidratos y su absorción al sistema sanguíneo, así como de la capacidad de la insulina de eliminar la glucosa de la circulación. Las dietas pobres en hidratos de carbono podrían ser ideales para pacientes diabéticos, sin embargo, los alimentos que los contiene son, además, fuentes ricas de vitaminas, minerales, fibra y calorías, por lo que no pueden ser excluidos de la dieta (Mahan, Escott, & Raymond, 2013).

La monitorización de los gramos totales de carbohidratos, mediante lista de intercambio o estimaciones, es la clave para un buen control glicémico. En el recuento de carbohidratos, las porciones de alimentos que contengan 15 g de hidratos de carbono se consideran una ración (Mahan, Escott, & Raymond, 2013).

Las recomendaciones de la ingesta de carbohidratos son de 45-60% del total de calorías diarias, y deben estar sustentados a partir de los límites de proteínas y grasas consumidas en la dieta. Se debe contemplar una cantidad no menor a 130 g diarios de carbohidratos que corresponde al aporte dietético recomendado, ya que esta cantidad es la mínima que se requiere para mantener las funciones del sistema nervioso central (Mahan, Escott, & Raymond, 2013).

2.1.1.2. Índice glucémico

El índice glucémico es una medida del cambio de medida en la glucemia, tras la ingesta de carbohidratos. El índice compara el incremento de la glucemia que se observa después de dos horas de haber comido un alimento rico en carbohidratos. Se compara con el valor del contenido de carbohidratos de alimentos de referencia como el pan blanco y la glucosa. El índice glucémico de los alimentos se determina a través de una guía, donde se encuentran los alimentos ricos en carbohidratos de acuerdo a sus efectos sobre los niveles de glucosa postprandial (Escobar & Tébar, 2009).

En un metaanálisis se examinó la eficacia de una dieta con alimentos de bajo índice glucémico en pacientes diabéticos, y se encontró que los niveles de hemoglobina glicosilada disminuyen entre 0.43 y 0.27% en comparación con dietas de alto índice glucémico (Escobar & Tébar, 2009).

2.1.1.3. Frutas e índice glicémico

Se recomienda el aumento de consumo de frutas, vegetales y cereales integrales para mantener la salud y protegerse contra enfermedades como la diabetes, el cáncer y enfermedades cardiovasculares. Las frutas en general tienen un índice glucémico de 56 a 103 en la escala tomada como referencia al pan blanco. Por lo que se dice que la selección de frutas de bajo índice glicémico incrementa los beneficios en las personas con diabetes y reducen la respuesta glicémica en general (Durán Agüero, Carrasco Piña, & Araya Pérez, 2012).

Se ha demostrado que una pequeña ingesta de fructosa reduce las concentraciones postprandiales de glucosa, aumentando la síntesis de glucógeno en el hígado. Además, se ha verificado que restaura el efecto inhibitor de la hiperglicemia en la reducción de la producción de glucosa hepática en la DM2. Por ello, “un aumento en el consumo de frutas de bajo índice glucémico, mediante la liberación de fructosa en el intestino delgado a la circulación durante un periodo prolongado de tiempo, tiene un gran

efecto en la reducción en los niveles de glucosa postprandial en sangre” (Durán Agüero et al., 2012).

Por otro lado, cuando hay una ingesta elevada de fructosa, en un 17-25%, incorporada en bebidas azucaradas, productos de panadería y los cereales de desayuno, está asociada con un aumento de los triglicéridos, que pueden llegar a subir el colesterol, convirtiéndose en un factor de riesgo para la adquisición de grasa visceral, Diabetes Mellitus y enfermedad cardiovascular. La prevalencia puede ser más fuerte en hombres. Las frutas son fuentes de fibra, minerales, antioxidantes y compuestos fenólicos, lo cual ayuda a reducir la concentración de lípidos en sangre y a disminuir la presión arterial, lo que se traduce en un mejor control de la diabetes (Durán Agüero et al., 2012).

En un estudio realizado a 152 diabéticos, para disminuir los niveles de glucosa, se indicó una dieta alta en fibra y de bajo índice glucémico, es decir, debían consumir frutas por un periodo de 6 meses. Al final del estudio se mostró que el consumo de al menos 3 frutas de bajo índice glucémico, disminuyen la hemoglobina glicosilada. También se observó que al agregar 2 porciones de frutas diarias de bajo índice glucémico, como manzanas, peras, frutas cítricas, se obtuvo beneficios significativos en el control glicémico, de los lípidos y de la presión sanguínea, siendo de gran importancia para personas diabéticas (Durán Agüero et al., 2012).

2.1.1.4. Ingesta de fibra

Las recomendaciones de ingesta de fibra en diabéticos son similares a las del resto de la población. Las dietas que contienen de 44 a 50 g/día mejoran la glicemia. Sin embargo, no se conoce si las personas llegan a consumir esta cantidad de fibra, por lo que se recomienda consumir de 25 a 30 g/día, haciendo hincapié en la fibra soluble como tratamiento cardioprotector (Mahan, Escott, & Raymond, 2013).

2.1.1.5. Ingesta de proteínas

La cantidad de proteína consumida habitualmente, que va de 15 a 20% del total de calorías, no tiene efectos agudos sobre la respuesta glucémica, por lo que no es preciso modificar las cantidades. La excepción son aquellas personas que consumen excesivos alimentos proteicos ricos en ácidos grasos saturados, consumen menor cantidad de proteína a las recomendadas, o cuando existe nefropatía diabética (Mahan, Escott, & Raymond, 2013).

Las proteínas no tienen efecto a largo plazo sobre las necesidades de insulina, estimulan la liberación aguda de insulina con la misma potencia que la glucosa. Además, las proteínas no enlentecen la absorción de carbohidratos, y la adición de proteínas al tratamiento hipoglucemiante no previene hipoglucemias posteriores (Mahan, Escott, & Raymond, 2013).

2.1.1.6. Ingesta de grasas

Las recomendaciones para pacientes diabéticos en grasas es menor al 35% del total de la energía, en personas con normo peso. Con respecto al consumo de grasas saturadas, este debe ser menor al 7-10%, además se debe limitar el consumo de colesterol a menos de 200 mg al día. Por otra parte, las grasas monoinsaturadas han demostrado beneficios sobre el perfil lipídico y sobre la sensibilidad a la insulina, lo cual corresponde a un mejoramiento de la tolerancia de la glucosa. Su recomendación es de 10 a 20% del valor calórico total (Mahan, Escott, & Raymond, 2013).

Con respecto a las grasas poliinsaturadas, tienen beneficios parecidos a las grasas monoinsaturadas. Entre ellas están los Omega 3, que reducen los niveles de triglicéridos en diabéticos, aumentando ligeramente el LDL, y se encuentran en pescados grasos. Y los Omega 6, que tienen efecto beneficioso sobre las concentraciones de lípidos y la sensibilidad a la insulina. Las recomendaciones de ácido linoleico es que no exceda del 10% de la ingesta calórica total (Mahan, Escott, & Raymond, 2013).

2.1.1.7. Ingesta de vitaminas y minerales

Las recomendaciones en relación a la ingesta de vitaminas y minerales son las mismas que para las personas no diabéticas. Se pueden requerir algunas modificaciones según la gravedad de la enfermedad, la situación fisiológica del paciente y de la administración de fármacos, en caso de que haya alguna interacción farmacológica con los alimentos (SEDCA, 2004).

2.1.2. Plan de alimentación

El plan de alimentación para los pacientes con diabetes mellitus comprende a los tipos de alimentos que se debe comer y en qué cantidad hacerlo, tanto en las comidas como en los espacios entre las comidas. Un buen plan de alimentación debe amoldarse al horario y hábitos alimentarios de los pacientes con esta patología. Algunos recursos para planificar comidas incluyen contar carbohidratos y tener en cuenta el índice glucémico de los alimentos (Mahan, Escott, & Raymond, 2013).

El plan adecuado de alimentación ayuda a controlar los niveles de glucosa en la sangre, la presión arterial y el colesterol, además de mantener el peso apropiado. Para ayudar al control de la glucemia, los pacientes deben tener un adecuado equilibrio entre el consumo de alimentos, insulina, medicamentos y la realización de ejercicio físico (ALAD, 2013).

2.1.2.1. Alimentación sana

Una alimentación sana implica consumir variedad de alimentos, que deben incluir vegetales, granos integrales, fruta, productos lácteos, granos tiernos y secos, carnes magras (es decir sin grasa), de aves de corral y pescado. Además se debe tomar en cuenta el tamaño de las porciones. Las selecciones de alimentos deben ser de cada grupo de alimentos para que ofrezcan alta calidad de nutrientes. Los mismos alimentos que consume una persona con diabetes, pueden ser también para sus familias, ya que una alimentación sana de diabético beneficia a toda la familia (ALAD, 2013).

2.1.3. Edulcorantes en la diabetes

En personas con diabetes, los edulcorantes resultan ser beneficiosos por cuanto ayudan en la reducción del consumo de carbohidratos y calorías, lo que ayuda a mejorar el control del peso y la glucemia. Según algunos estudios, el uso de edulcorantes no afecta los niveles de glucosa o de lípidos plasmáticos en adultos (Casado, García, & García, 2014).

Los pacientes diabéticos, para mantener sus niveles normales de glucemia, deben tener en cuenta el total de carbohidratos consumidos, por lo que sustituir el azúcar por el edulcorante resulta ser de mucha ayuda. En un estudio que comparó una dieta rica en sacarosa frente al consumo de edulcorantes acalóricos, se encontró en los participantes que consumían sacarosa un aumento significativo de la glucemia postprandial, de los niveles de lípidos en la sangre e insulinemia (Casado et al., 2014).

Según las recomendaciones de la Asociación Americana de Diabetes (ADA), los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 deben limitar el consumo de bebidas azucaradas. Según la ADA, no existen recomendaciones específicas relacionadas con alimentos que incluyan edulcorantes, excepto en las bebidas edulcoradas, en las que sí recomienda la reducción de su consumo. Se puede añadir que para otras fuentes de consumo de edulcorantes, no existen recomendaciones en su limitación (Casado et al., 2014).

2.1.4. Consejería nutricional

Uno de los pilares fundamentales para el tratamiento de la Diabetes Mellitus es la alimentación. Los objetivos de una buena alimentación son: mantener la glucemia en niveles normales, normalizar el perfil lipídico y mantener el peso corporal. Para ello es necesario que la dieta sea equilibrada y completa, que tenga en sus porciones la cantidad de calóricas necesarias y que prevenga o ayude a tratar dificultades procedentes de esta enfermedad (Fundación Diabetes, 2007).

En las personas con Diabetes Mellitus se recomienda:

- Alimentación variada, que permita el cumplimiento del aporte energético y de macro y micronutrientes necesarios para el correcto funcionamiento del organismo (Fundación Diabetes, 2007).
- El porcentaje total de grasas que se debe ingerir en la dieta depende del perfil de lípidos en la sangre y del peso corporal de las personas que tienen diabetes:
 - o Cuando el perfil lipídico y el peso son normales, el consumo de grasas totales debe ser $< 30\%$ y de grasas saturadas $< 10\%$ (Fundación Diabetes, 2007).
 - o Cuando el colesterol LDL está elevado, las grasas saturadas deben ser $< 7\%$ y el colesterol < 200 mg/día (Fundación Diabetes, 2007).
 - o En caso de sobrepeso, se debe reducir el porcentaje de consumo de grasas totales en la dieta (Fundación Diabetes, 2007).
 - o Cuando los triglicéridos están elevados se debe consumir $< 10\%$ de grasas saturadas y restringir los carbohidratos. Si este mismo componente se encuentra en niveles muy elevados, se debe reducir y limitar el consumo de las grasas en general a $< 10\%$ del total de las calorías (Fundación Diabetes, 2007).
- Se debe limitar el consumo de sal, el cual no debe ser superior a 3 gramos al día. En caso de hipertensión arterial, la recomendación es de $\leq 2,4$ gramos, y si hay neuropatía e hipertensión arterial se recomienda < 2 gramos (Fundación Diabetes, 2007).
- Al consumir alcohol con el estómago vacío, las personas con diabetes tratadas con insulina pueden producir hipoglucemia. Mientras que el consumo moderado de vino con la comida se ha relacionado con un menor porcentaje de morbi-mortalidad a nivel cardiovascular (Fundación Diabetes, 2007).

- En cuanto al consumo de azúcar, ha quedado prohibido para el paciente diabético como una parte importante en su tratamiento dietético (Sanz, Boj, Melchor, & Albero, 2013).

2.1.5. Importancia de la correcta alimentación en diabetes

En las enfermedades crónicas como la diabetes, el cumplimiento terapéutico con respecto a la alimentación se vuelve algo indispensable. Sin embargo, en los últimos años su prevalencia ha aumentado: se ha demostrado que en los países desarrollados el cumplimiento de las prescripciones terapéuticas es del 50 al 75%, mientras que en los países en vías de desarrollo la situación es aún más difícil (Jansà & Vidal, 2009).

De acuerdo con la OMS, el cumplimiento terapéutico es el grado en que una persona corresponde a las recomendaciones establecidas por un profesional de la salud, en cuanto al seguimiento de un régimen dietético, cambios en el estilo de vida y toma de medicamentos. El cumplimiento terapéutico está influenciado por varios factores relacionados con el paciente: factores socio-demográficos, enfermedades, sistema de salud. Un aspecto determinante para el cumplimiento es la comunicación entre el profesional de la salud y el paciente. Como consecuencia de la falta de cumplimiento, existe mayor morbilidad, aumento de los costos para la atención hospitalaria, además puede haber repercusiones económicas si es que afecta el trabajo de la persona y una disminución en su calidad de vida (Jansà & Vidal, 2009).

Según Jansà, en 2009, se encontró que por lo general la gente tiende a cumplir la toma de fármacos con más frecuencia que cumplir los cambios en el estilo de vida. Además, de acuerdo con este estudio, los pacientes con diabetes tienen menor cumplimiento del tratamiento. El problema en estos pacientes recae cuando se requiere la autoadministración del tratamiento. Al parecer la complejidad del tratamiento está asociada con un peor cumplimiento, pues la diabetes es una enfermedad que se caracteriza por tener un tratamiento de autoadministración complejo: requiere del paciente el consumo de tabletas o insulina, nutrición apropiada, ejercicio físico, técnicas de autoanálisis y control, entre otras (Jansà & Vidal, 2009).

Es por ello que se da importancia a la educación terapéutica, que involucra no solo aspectos clínicos sino nutricionales, ya que al ser una enfermedad que debe ser controlada constantemente por el mismo paciente, hay aspectos que pueden ser omitidos o simplemente dejados en un segundo plano, como es la alimentación, provocando que haya consecuencias derivadas de la enfermedad, como es el pie diabético, la nefropatía, la ceguera, entre otras (Jansà & Vidal, 2009).

2.1.5.1. Incumplimiento de la prescripción dietética

La diabetes al ser una enfermedad crónica está bajo la responsabilidad del propio paciente, por lo que es él quien decide si cumple o no las recomendaciones nutricionales. Por lo general, el 45% de las personas con enfermedades crónicas no cumple las recomendaciones que se prescriben. Por esta falta de adhesión al tratamiento nutricional no se puede estimar el efecto del tratamiento, lo que a su vez contribuye a perpetuar la enfermedad y problemas de salud que pueden provocar incluso la muerte del paciente, sin contar que puede haber pérdidas económicas y sufrimiento emocional no sólo para el paciente diabético, sino también para su entorno familiar (Balcázar Nava, Gurrola Peña, Bonilla Muñoz, Colín Garatachía, & Esquivel Santoveña, 2013).

Los pacientes con diabetes deben estar conscientes de los riesgos que pueden suceder en su organismo si la enfermedad no es controlada a tiempo, es por ello que además de un control estricto de la glucemia las personas deben realizar cambios en su estilo de vida. Estos pacientes, por lo tanto, deben tener medidas de autocontrol pues la principal complicación se da a nivel vascular, lo que produce lesiones en arteriolas y vasos capilares en los órganos y tejidos causando retinopatía, nefropatía y neuropatía, que pueden provocar invalidez o muerte en un gran número de pacientes (Hernández et al., 2004).

En razón de sus complicaciones, la diabetes se encuentra entre las primeras causas de muerte en varios países. Las personas con esta enfermedad tienen más riesgo de presentar enfermedades y eventos cardiovasculares y se ha convertido en la principal causa de ceguera en personas mayores de 40 años (Hernández et al., 2004).

De acuerdo con este estudio, realizado en Venezuela en 2004, más de la mitad presentaban algún síntoma de neuropatía, de retinopatía un 6% y un 3% nefropatía, el resto no presentaba complicaciones (Hernández et al., 2004).

En otro estudio realizado en México entre 80 participantes diabéticos, de los cuales el 60% eran mujeres y de ellas 95.5% no eran insulín dependientes, el 17% seguían las indicaciones dietéticas en forma regular (Hernández et al., 2004).

2.1.5.2. Beneficios del cumplimiento del tratamiento dieto-terapéutico en diabetes

En un estudio realizado en España, en 2012, se demostró que cuando las personas tienen una dieta con las características apropiadas, es decir, con una adecuada

distribución de los macronutrientes, y sin las prohibiciones que muchas veces se ofrecen a las personas con diabetes, ellos suelen aceptar de mejor manera la prescripción dietética (Nubiola & Remolins, 2012).

Afirma que cuando una dieta resulta fácil de explicar y de entender, ayuda a las personas con diabetes a tener una mejor vida social y adaptarse mejor a un nuevo estilo de vida, lo que es indispensable para cualquier modificación de hábitos alimentarios. Además, les resulta más sencillo recuperar sus expectativas y confianza en el tratamiento dietético, evitando que se adopten medidas extremas como la cirugía bariátrica que, en los últimos años, ha despertado el interés de pacientes diabéticos que, por lo general, tienden a presentar algún tipo de obesidad o sobrepeso (Nubiola & Remolins, 2012).

2.2. CONOCIMIENTOS, PERCEPCIONES Y PRÁCTICAS DE PACIENTES DIABÉTICOS

Los conocimientos, percepciones y prácticas alimentarias se relacionan directamente con la adherencia al tratamiento nutricional, puesto que muchas veces, aunque los pacientes tengan un buen conocimiento de lo que deben consumir en su alimentación, y a pesar de que las percepciones con respecto a la misma sean buenas, no significa que haya una buena adherencia al tratamiento y, por lo tanto, al cumplimiento de las prácticas alimentarias.

2.2.1. Adherencia al tratamiento nutricional en pacientes diabéticos

En general, la ingesta diaria de alimentos está determinada por la composición de los mismos, pero también por las características psicológicas del individuo, quien a su vez se ve influenciado por eventos que ocurren a su alrededor, además de percepciones, creencias y respuestas ante un determinado estímulo (Yannakoulia, 2006).

El comportamiento alimentario es importante en estos pacientes, pues un estilo de vida saludable en alimentación resulta en niveles bajos de hemoglobina glicosilada, que es un parámetro para medir el cuidado alimentario de los pacientes con Diabetes Mellitus. Esto es posible al haber una limitación en el consumo de alimentos con índices glucémicos altos, reducción de comidas altas en grasa, consumiendo gran cantidad de vegetales y limitando carbohidratos (Yannakoulia, 2006).

La adopción de nuevos hábitos alimentarios no es algo fácil de conseguir en pacientes diabéticos, ya que estos encuentran dificultades para acomodarse al manejo de

su enfermedad, debido a la falta de educación, a factores del medio ambiente, componentes psicológicos y de estilo de vida (Yannakoulia, 2006).

Entre las barreras que impiden la adherencia al tratamiento nutricional están las tentaciones de consumir alimentos no indicados, el exagerado cuidado en la alimentación, el negar la severidad de la enfermedad, el pobre entendimiento y la malinterpretación de la información, y la falta de apoyo social. Además, los pacientes encuentran problemas para seguir el sistema de intercambio de alimentos y en expresar la necesidad de revisar las estrategias nutricionales, que les ayuden a realizar buenas elecciones alimentarias (Yannakoulia, 2006).

En un estudio realizado en Colombia en 2010, se pudo apreciar que los pacientes suelen tener una baja adherencia al tratamiento. Se encontró que el 30% de los participantes se adhirió a las prescripciones de calorías, mientras que el 23% a la de las grasas, carbohidratos 13% y proteínas 3% (Lancheros, Pava, & Bohórquez, 2010).

Además que, para pacientes diabéticos, el cumplimiento del régimen alimentario se vuelve complicado, ya que ellos dicen perder el placer de comer, la libertad y la autonomía. Los pacientes perciben las recomendaciones nutricionales como restrictivas y no acordes a sus necesidades individuales. A pesar de ello, la dieta considerada restrictiva, que incluye la eliminación de azúcar, limitación de ingesta de carbohidratos y consumo de grasa total, es descrita frecuentemente por diabéticos como una parte esencial para el manejo de la enfermedad, comparada con planes alimentarios más flexibles (Yannakoulia, 2006).

Las mujeres suelen ser los pacientes que más se adhieren al tratamiento, y que ponen en práctica sus conocimientos; pero el porcentaje es mínimo, en comparación a la población total de pacientes con diabetes. En otros estudios se ha evidenciado que las mujeres siguen dietas saludables, ya que pueden comprender mejor sobre un plan de alimentación recomendado (Lancheros et al., 2010).

Por añadidura, la adherencia al tratamiento de las personas con diabetes se ve acompañado por una falta de práctica de los conocimientos que adquieren. Esto se evidencia en un estudio realizado en Grecia, en 2006, sobre la ingesta alimentaria de este tipo de pacientes, en la que se encuentra que hay un porcentaje que puede ir del 10 al 88% que no reporta lo que en verdad consume. Con prevalencia más alta en mujeres, personas mayores e individuos con sobrepeso. Según Samuel Hodge et al., el no reportar la ingesta real está relacionado con el hecho de que las personas diabéticas prefieren reportar lo que se debe comer, pero no lo que ingieren usualmente. Esto revela que

cuando reciben la información sobre alimentación entienden muy bien las indicaciones y puede suponerse que las aplicarán en su vida real; sin embargo, en la práctica, se evidencia todo lo contrario (Yannakoulia, 2006).

2.2.1.1. Factores influyentes de la adherencia al tratamiento nutricional

La diabetes al ser una enfermedad crónica conlleva muchos cambios en el estilo de vida de las personas diabéticas, ya que estas son conscientes de las restricciones y limitaciones alimentarias. De ahí surgen los conflictos entre el deseo de alimentarse y la necesidad de contenerse para controlar los niveles de azúcar en sangre. Esto puede influir directamente en las percepciones de las personas frente a la Diabetes Mellitus (Luchetti et al., 2009).

En la relación al cambio de hábitos de vida, cuando estos son favorables, se puede observar que las cifras de glucemia son menores en comparación con el grupo con estilo de vida desfavorable, y esto concuerda con el hecho de que el ejercicio, una alimentación saludable y medicamentos, de ser necesarios, trabajan en conjunto para ayudar a controlar los niveles de glucosa en sangre (Ortiz, Ortiz, Gómez, & Gatica, 2011).

Este estudio comprobó en los participantes su nivel de control metabólico. Observándose que de los 50 participantes, tenían un buen control metabólico apenas el 26%; del 74% restante, 34% mantenían moderado control y pobre control el 40%. Este resultado podría explicarse por cuanto el cumplimiento de la dieta recomendada por los especialistas se cumple en un promedio de 4.37 días a la semana. Por otra parte, en un promedio de 5.56 días a la semana se encontró el consumo de alimentos grasos, lo que además se relaciona con un bajo consumo de frutas y verduras, alcanzando una media de 3.14 días a la semana (Ortiz et al., 2011).

El estrés puede llegar a ser un factor para la anti adherencia, ya que se encontró que existe una relación inversa de este con el cumplimiento de la dieta general. Así mismo, los altos niveles de hemoglobina glicosilada están asociados con altos niveles de estrés. En el estudio, un 66% de los participantes se identificó con un moderado y alto nivel de estrés. Resultado esperable en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, debido al carácter crónico de la enfermedad y la complejidad de su tratamiento, constituyéndose en un grupo de pacientes de riesgo (Ortiz et al., 2011).

2.2.2. Conocimientos, percepciones y prácticas alimentarias

Los programas educativos de alimentación son importantes para el cuidado de la Diabetes Mellitus. En un estudio realizado en Brasil, se investigó el conocimiento y la

actitud para el autocuidado de las personas con diabetes. Se observó que la mayor parte de los participantes tenía un buen conocimiento de la diabetes y de las estrategias para su cuidado. Por lo que un programa educativo sobre la enfermedad puede ser un elemento que contribuye a mejorar los conocimientos y a ponerlos en práctica en la vida diaria (Luchetti et al., 2009).

En un estudio realizado en pacientes diabéticos en Colombia, con un grupo de estudio conformado por 30 consultantes, 60% mujeres y 40% hombres, de los cuales el 64 % eran mayores de 62 años, con un tiempo de diagnóstico de la enfermedad de 10 años en hombres y 8,5 años en mujeres, se obtuvo los siguientes resultados (Lancheros, Pava, & Bohórquez, 2010):

De los pacientes estudiados, el 77% conocían de forma suficiente las características de la enfermedad, y en menor medida sobre el intercambio y el fraccionamiento alimentario. Además, se encontró que existe un mayor conocimiento en la población femenina con un 83% que en masculina, que corresponden a un 67% (Lancheros et al., 2010).

Sin embargo, al profundizar en algunos aspectos sobre los conocimientos, se puede observar algo diferente. Así, en un estudio donde participaron 196 pacientes con diabetes en tratamiento con insulina, para el análisis de los conocimientos en el cuidado de la glucemia se les preguntó acerca de los carbohidratos, que es un macronutriente clave en el tratamiento de la Diabetes Mellitus, solo el 55.8% de los participantes respondió que conocía acerca de carbohidratos. El análisis de este estudio reveló que el seguir un programa educativo específico es importante para el conocimiento de la dieta de un paciente diabético (Ramos & Girbés, 2009).

Además, se evidenció que cuando hay un programa avanzado de educación en personas jóvenes, con diabetes tipo 1, de alto nivel cultural, presentan mejores puntuaciones, ya que tienen una mayor instrucción y pueden asimilar mejor los conocimientos impartidos (Ramos & Girbés, 2009).

Siguiendo con la evaluación de las percepciones, se encontró que los pacientes presentaban percepciones de actitudes positivas frente a su enfermedad y su tratamiento nutricional en un 87%. Pero al hablar de conductas relacionadas con el seguimiento de las recomendaciones formuladas, estas se encontraban en porcentajes bajos. En este aspecto además se pudo determinar que las mujeres, con un 62%, presentan mejor percepción de actitudes positivas, al igual que las personas que tienen menos de 10 años de diagnóstico con un 65% (Lancheros et al., 2010).

De los participantes, aquellos que eran positivos se adherían mejor al tratamiento nutricional, mientras que los negativos mostraban una falta de interés en el tratamiento (Lancheros et al., 2010). Muchas veces la falta de apego al tratamiento es debido a la actitud de desconfianza en relación a ciertos aspectos del tratamiento, que pueden desencadenar en comportamientos que dificulten el control de la enfermedad. Dichos comportamientos se relacionan con los valores y presunciones, adoptados por la persona con diabetes mellitus, que modifican el conocimiento que se adquiere (Luchetti et al., 2009).

En la parte de prácticas de los pacientes con Diabetes Mellitus, el 70% de los participantes tenían un fraccionamiento adecuado de alimentación, y el 53% un buen cumplimiento de los tamaños de las porciones; en ambos casos, se observa que las mujeres obtienen mejores calificaciones que los hombres (Lancheros et al., 2010).

Con respecto a la selección del tamaño de las porciones, hay mayor conciencia en las personas en cuanto a los aceites, carnes y leguminosas, pero con respecto a frutas y verduras, el consumo es menor, sobre todo en relación al de cereales y tubérculos. Sin embargo, el uso de productos dietéticos no es tan frecuente, ya que solo los consumían un 47% de los participantes (Lancheros et al., 2010).

De acuerdo con el estudio, los conocimientos fueron buenos en los participantes; pero en las prácticas, en lo referido a la selección del tamaño de la porción y del fraccionamiento de las comidas, menos de la mitad de los pacientes tuvieron prácticas adecuadas de selección. Esto sugiere una dificultad de los pacientes para empoderarse del tratamiento, debido a su complejidad y la variabilidad en la precisión con que se comunican las recomendaciones (Lancheros et al., 2010).

Según el estudio, también se puede hallar una relación con la edad, pues a mayor edad hay más conciencia en el cuidado del estado de salud. Se encontró que las personas mayores de 70 años son más disciplinadas en su tratamiento, y que las personas que tienen un menor apego a las recomendaciones comprenden edades inferiores a 50 años y superiores a 80 años (Lancheros et al., 2010).

Los estudios analizados dejan al descubierto la necesidad de encontrar estrategias para la adherencia a la dieta. Un plan de alimentación para la vida diaria, comprende un alto grado de complejidad y un continuo entrenamiento. Una intervención intensiva, por su parte, ha demostrado que logra mejorar el nivel de adherencia al tratamiento por parte del paciente (Lancheros et al., 2010).

2.2.2.1. Conocimientos

En un estudio donde se evaluó el conocimiento adquirido por personas diabéticas sobre su enfermedad, primero se hizo un diagnóstico de las necesidades de conocimiento, luego se aplicó el Programa de Educación en diabetes y de nuevo se evaluó el conocimiento para establecer las diferencias (Otero, Zanetti, & Ogrizio, 2008).

Los resultados de este programa mostraron un aumento de los conocimientos sobre todo en actividad física y alimentación, con una significancia de $p < 0.05$. Observándose que el programa tuvo efectos positivos tanto en los conocimientos como en las habilidades de comportamiento. Sin embargo, debido a que el estudio tomó más aspectos de la enfermedad, los conocimientos sobre la dieta aumentaron menos en comparación con los conocimientos generales de la enfermedad (Otero et al., 2008).

El cambio en el estilo de vida está influenciado por los conocimientos que adquieren las personas sobre su enfermedad, por lo que los programas para aumentar estos conocimientos son vitales. A pesar de ello, estos programas de educación para diabéticos son escasos con referencia a nutrición, lo cual llama la atención puesto que al ser profesionales de salud se tiene una gran responsabilidad en la educación para el autocontrol en pacientes diabéticos (Otero et al., 2008).

Esto se comprueba en un estudio realizado en el 2008 en Chile en adultos mayores, donde se midió los conocimientos de los pacientes diabéticos sin un programa de educación. Con respecto a la adherencia dieto-terapéutica, la mayoría de los participantes perciben niveles bajos de adherencia, lo que significa un alto riesgo de morbimortalidad a largo plazo. La mayor parte de esta población sabe los beneficios del tratamiento dietético, incluso conocen el tipo de alimentación que deben consumir, indicando la cantidad, frecuencia y tipos de alimentos permitidos en su dieta (Troncoso, Sotomayor, Ruiz, & Zúñiga, 2008).

El estudio destaca que aunque las personas tienen conocimientos de la dieta que deben seguir, su nivel de adherencia es bajo. Destacan que el tratamiento es de tipo restrictivo y de alto costo, siendo percibidos como obstáculos para la adherencia al tratamiento. Asimismo indican que el tratamiento entregado por nutricionistas es muy superficial, debido al poco tiempo de educación que se le da al paciente en los controles, por lo que la información para ellos es poco clara y entendida, además que sienten temor por aclarar sus preguntas con el profesional (Troncoso et al., 2008).

El hecho de que los conocimientos de los pacientes con diabetes es bueno se puede ver en un estudio realizado en Costa Rica: los participantes conocían los alimentos a los que los diabéticos atribuyen las hiperglucemias, afirmando que los azúcares y los alimentos dulces son los que están en primer lugar. Luego hacen referencia a las harinas, frijoles, arroz, pan, repostería, galletas, etc., que vendrían a ser carbohidratos. Mencionan también carnes y chicharrones, sin hablar específicamente de las grasas. Atribuyen, además, del incremento de la glucosa en la sangre a alimentos más específicos como la remolacha, el jugo de caña de azúcar y el plátano (Sedó Masís, 2005).

Por otra parte, en México, con 109 pacientes diabéticos, se encontró que el 89.9% de ellos poseían un IMC arriba de 30 kg/m², de los cuales el 53.2% tenían obesidad mórbida y el 22.9% sobrepeso. En estos mismo pacientes, el 66.9% tenían glucemias mayores a 140 mg/dL y el 33% un buen control glicémico, predominando los hombres. Acerca de los conocimientos que tenían los pacientes, el 27.5% poseía conocimientos leves de su enfermedad, mientras que el 51.4% pésimos, con una mayor predominancia de los pacientes con hiperglucemias (Pech, Baeza, & Ravell, 2010).

Además, el 59.7% tenían un poco o nulo apego al tratamiento dietético, donde las personas con glucemias normales tenían un apego del 41.7% y aquellas con hiperglicemias un 39.7%. Todos los datos demuestran un pésimo conocimiento de la enfermedad por parte de los pacientes diabéticos, lo que puede ser el resultado de la poca comprensión de la enfermedad y la falta de entendimiento de las indicaciones del profesional de la salud (Pech et al., 2010).

En otro estudio en que se relacionó los niveles de conocimiento con los años del padecimiento de Diabetes Mellitus, se comprobó que entre los 5 y 10 años de enfermedad había un mayor número de personas, el 40% de los participantes, en relación a aquellos con más de 10 años de enfermedad. En el primer grupo se encontró que el 21.7% tenían un nivel insuficiente de conocimientos sobre la enfermedad, y en el segundo grupo el 25%. Al globalizar el resultado se encontró que un 56.7% de los pacientes tenían niveles de conocimiento insuficientes (Vicente et al., 2010).

Corroborando esto, en Cuba se realizó un estudio en adultos mayores acerca de la importancia de la correcta educación por parte de los miembros de salud hacia el paciente, encontrando que con respecto a los aspectos nutricionales, que son la base del control metabólico en pacientes no insulín dependientes y con alta prevalencia de obesidad o sobrepeso corporal, estos aspectos no eran atendidos adecuadamente en la práctica y casi la mitad de la población no identificaba bien los grupos de alimentos ya

que confundían su sustitución al preparar un menú, provocando una falta de cumplimiento en la dieta. Todo ello debido a la poca habilidad de comunicación del personal de salud (García, Suárez, & Peralta, 1996).

2.2.2.2. Percepciones

La educación nutricional está dirigida para modificar los conocimientos, habilidades, percepciones y comportamientos, tanto de individuos como de grupos poblacionales con el fin de mejorar los hábitos alimentarios. Las dificultades para estos cambios pueden ser de orden social, cultural y familiar; por ello es importante tener un plan de alimentación adecuado para pacientes diabéticos (Vidal & Jansá, 2006).

En un estudio realizado en España en 2011, cuyo objetivo era conocer la mejora del control de la diabetes, la adherencia y el autocontrol, tras una intervención educativa, se dividió a las personas en 4 grupos: el primero recibiría exclusivamente educación diabetológica; el segundo, además de la educación, realizaría ejercicio físico; el tercero únicamente ejercicio físico, y el último sería el grupo control (Ariza Copado et al., 2011).

Las percepciones de las personas, con respecto a la alimentación, se basan en los conocimientos y en las actitudes que presentan frente a alguna circunstancia. Es por ello que en este estudio, con relación a las actitudes, se pudo ver que hubo un aumento de las mismas en todos los grupos, sobre todo en los que recibieron educación nutricional, seguido del grupo 2 que debía además realizar ejercicio físico. Sin embargo, en el resto de ámbitos que englobaba el medidor de actitudes de los pacientes diabéticos no hubo ningún cambio (Ariza Copado et al., 2011).

Un aspecto importante para determinar las percepciones de los pacientes depende de los conocimientos, habilidades y estrategias que utilicen los profesionales de salud para reducir las complicaciones de la enfermedad. La forma de ver la alimentación por parte de las personas está relacionada con los conocimientos, por lo que a mayor conocimiento habría una percepción más positiva con respecto al autocuidado, y a su vez al cuidado de la salud (Luchetti et al., 2009).

Dentro de las percepciones más importantes se encuentra la habilidad de comunicación del profesional de la salud con el paciente, ya que si esta es deficiente puede haber sesgos en el tratamiento. En el estudio de García y colaboradores realizado a médicos y pacientes, se encontró que a estos les resultaba difícil entender las orientaciones médicas, a pesar de que los profesionales afirmaban que se deba las

pautas en términos sencillos y claros. El 22.2% de los médicos opinaba además que la orientación debía ser reiterativa, y un 5.5% incluso progresiva y permanente. Sin embargo al final de aquel estudio se evidenció que el objetivo de lograr un mensaje sencillo, preciso y práctico no se había logrado, aunque se reconoció esta necesidad. Por su parte, los pacientes consideraban que las explicaciones que les daba el profesional de salud en consulta les resultaban difíciles de comprender y llevar a la práctica (García, Suárez, & Peralta, 1996).

Otra percepción considerada crucial en la diabetes es el apoyo familiar, lo cual se puede ver en el siguiente estudio realizado en México, en pacientes con diabetes mellitus no insulino dependiente. Se dividió en dos grupos: los casos fueron los pacientes con una glucosa dentro de lo normal, y los controles, los pacientes que presentaban hiperglucemias. Se encontró que el 87.5% de los pacientes en el grupo de casos y 30% en el de control considera el apoyo familiar como muy útil para el control de su enfermedad, mientras que 12.5% de los casos y 70% de los controles lo perciben como inútil o indiferente (Rodríguez & Guerrero, 1997).

Considerando que la normoglucemia se asoció al apoyo familiar, y que la mayoría de los pacientes considera que es muy útil en el manejo de su enfermedad, y que la información que tiene el familiar sobre la diabetes es determinante para que otorgue apoyo al enfermo, se requiere desarrollar un proceso de educación dirigido a modificar las actitudes y a mejorar las habilidades y conocimientos del paciente y de sus familiares (Rodríguez & Guerrero, 1997).

2.2.2.3. Prácticas

Las prácticas, consideradas como la acción que se realiza en base al conocimiento, son un aspecto de relevancia en la Diabetes Mellitus, aunque no tengan siempre una relación positiva con el conocimiento. En un estudio realizado en Cuba con 1990 pacientes, diagnosticados con la enfermedad, se midieron el peso y la talla para obtener el Índice de Masa Corporal (IMC), según el mismo se dividió el grupo en 2: aquellos con $IMC < 25 \text{ Kg/m}^2$, y aquellos con $IMC > 25 \text{ kg/m}^2$. y se les realizó una encuesta de consumo (Blanco, Socarrás, González, & Licea, 2002).

Como resultados se encontró que el 80.4% de los participantes tenían valores de $IMC > 25 \text{ kg/m}^2$, y que la ingesta total de energía de estos pacientes era mayor que el otro grupo. En lo referente al consumo de hidratos de carbono, ambos grupos estuvieron por encima de las cantidades recomendadas; un 15.8% de lo consumido venía de azúcares simples en los participantes con IMC mayor a 25 y un 12% de los menores de

25kg/m² (Blanco et al., 2002). Acotando esta información, en un estudio realizado en Bogotá en 2008, se vio que los pacientes diabéticos estudiados en un 38.8% adicionaban azúcar, panela o miel de abejas a las preparaciones, el consumo de verduras era de menos de dos porciones al día (77.9%) y consumo de menos de cuatro porciones de fruta al día en el 90,2 % (Pinilla, Sánchez, Mejía, & Barrera, 2011).

Además Lojano &col., en su estudio realizado en 2010 en pacientes diabéticos, encontraron que el 56% de ellos tomaban de 3 a 6 vasos de agua al día y que un 22% no se hidrataban (Lojano, Peñafiel, & Pesántez, 2010).

Con respecto al consumo de grasas, en el grupo de IMC superior fue mayor, pero su consumo era sobre todo de origen vegetal, también hubo un consumo importante de ácidos grasos poliinsaturados y no se encontró consumos mayores a lo recomendado de colesterol. Por otra parte, el consumo de proteínas fue bajo en ambos grupos. En cuanto a la ingesta de vitaminas, el 76.9% de los pacientes tuvo baja en vitamina A, el 60.3% baja de vitamina C, pero el 73.4% alta en vitamina E (Blanco et al., 2002).

Las prácticas en pacientes diabéticos pueden diferir en relación a las diferentes culturas de cada país, además de las dificultades económicas que puedan presentar las poblaciones a estudiar. En el 2012 en México, se estableció que un 48-69% de los habitantes estudiados con Diabetes Mellitus tenían un deficiente control metabólico, causando hiperglucemias y a su vez complicaciones vasculares, ya que según lo investigado ningún participante consumía más de 3 comidas al día, y realizaban ayuno de al menos 12 horas. Solo 5 participantes de la muestra tenían un tiempo más de comida (Cornish & De Huerta, 2012).

De este grupo estudiado, el 60% tenían un consumo deficiente de energía, el 10% un consumo adecuado y el 30% un consumo excesivo. Cuando se tomó datos del consumo de proteínas, un 80% consumía por debajo del recomendado; y en cuanto al consumo de hidratos de carbono, el 60% eran insuficientes. Después de un programa de educación en los participantes, se logró que el 60% tuvieran un consumo adecuado de energía, el 40% restante tuvo una dieta deficiente. Además el 20% al final tuvo una insuficiencia en el consumo de hidratos de carbono, mientras que en el consumo de proteínas siguieron siendo insuficientes (Cornish & De Huerta, 2012).

Al final del estudio, el aporte de macronutrientes en relación al valor energético total se mantuvo, en el caso de las proteínas, con un 13.3%; con respecto a los lípidos aumentó de 16.9% a 20.1%, y el consumo de hidratos de carbono disminuyó de 68.4% a

64.8%. Además el 30% de los participantes tenían obesidad y 50% sobrepeso, lo cual se mantuvo a lo largo del estudio (Cornish & De Huerta, 2012).

En el estudio, a través de los cambios en la alimentación, a pesar de las dificultades, se logró una disminución promedio de 26 mg/dl de la glucosa en ayuno. Uno de los aspectos más difíciles de modificar fue el de los tiempos de comida que eran pocas, y las horas de ayuno, las cuales no favorecen a un correcto control metabólico (Cornish & De Huerta, 2012).

2.3. HIPÓTESIS

Las percepciones manifestadas por los pacientes diabéticos repercuten en sus prácticas alimentarias diarias.

2.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición Operacional	Indicadores
Grupo etáreo	Es la clasificación que se establece a través de la edad y del ciclo de vida en el cual se encuentra el grupo a tratar.			Distribución de la frecuencia por rangos de edad de los participantes
Sexo	Son las características fisiológicas y sexuales con las que nacen los hombres y las mujeres.			Porcentaje de personas de sexo masculino y femenino.
Convivencia	El término hace referencia a la presencia o no de compañía para un individuo.	Vive solo	Persona que no convive con nadie en su lugar de residencia.	Porcentaje de personas que viven solas.
		Vive acompañado	Persona que dentro de su hogar convive con una o más personas.	Porcentaje de personas que viven acompañadas.
Hábito	Un hábito es la interiorización de una acción, hasta que se vuelve una actitud espontánea y natural.	Conjunto de patrones	Es el conjunto de comportamiento y conducta considerados cotidianos que caracterizan la forma de vivir de un grupo o individuo.	Porcentaje de personas que consideran las modificaciones de estilo de vida en diabetes con respecto a alimentación, actividad física y medicamentos.
Hábitos alimentarios	Son aquellas costumbres alimentarias que se adquieren a lo largo de la vida que incluyen una dieta variada y la práctica de actividad física.	Ingesta de alimentos hiperglucemiantes	Alimentos que son ingeridos con mayor frecuencia, que aumentan la glucosa en la sangre después de su consumo.	Porcentaje de alimentos que aumentan el azúcar en la sangre.

		Grupos de alimentos	Se refiere a la forma de agrupación de los alimentos que no pueden faltar en la dieta, por los beneficios para el cuerpo.	Porcentaje de personas que conocen los grupos alimentarios.
		Consumo de productos bajo es calorías	Consumo de aquellos productos de los cuales se ha reducido el contenido de uno o más nutrientes en un 30% en relación al producto original.	Porcentaje de personas que consumen productos bajos en calorías.
		Horarios de alimentación	Realización de cada tiempo de comida a determinadas horas del día.	Porcentaje de personas que tienen horarios fijos de comida.
		Consumo de alimentos fuera de casa	Alimentación que se realiza fuera de casa, por ende no se tiene información de la preparación de los alimentos.	Porcentaje de personas que consumen alimentos fuera de casa.
		Consumo de verduras	Consumo de alimentos perteneciente al grupo de las verduras	Porcentaje de personas que consumen verduras a diario.
		Consumo de frutas	Consumo de alimentos pertenecientes al grupo de las frutas.	Porcentaje de personas que consumen frutas a diario.

		Consumo de azúcares simples	Consumo de azúcar y derivados.	Porcentaje de personas que consumen azúcar simple.
		Cantidad de consumo de alimentos	Porciones demás de alimentos servidos por la persona.	Porcentaje de personas con mayor consumo al recomendado, de alimentos.
		Práctica de ayunos	Omisión de consumo de alimentos en uno o más tiempos de comida.	Porcentaje de personas que realizan ayunos antes de una cena copiosa.
		Uso de edulcorantes	Consumo de azúcar artificial para el endulzamiento de las preparaciones.	Porcentaje de personas que consumen edulcorantes.
Consumo de agua	Número de vasos de agua que se consume en el día para mantener hidratación.			Porcentaje del número de vasos de agua que consumen las personas.
Habilidad de comunicación	Es la percepción de comunicación que tienen los pacientes con respecto a los profesionales, como una herramienta para el logro de objetivos.			Porcentajes de personas que consideran de importancia la calificación en comunicación.

Apoyo familiar	Forma de actuar frente al apoyo o no de la familia en el cumplimiento de la alimentación.			Porcentaje de personas que ven importante el apoyo familiar
Accesibilidad económica	Forma de actuar frente a las implicaciones monetarias de la alimentación.			Porcentaje de personas que creen que la alimentación en diabetes es costosa
Consumo de pan	Consumo de alimentos compuesto por almidones de rápida absorción.			Porcentaje de personas que consumen más de un pan en el día.
Número de comidas al día	Número de comidas que realiza una persona en el día.			Porcentaje de personas que consumen 0 y 3 fraccionamientos, 3 y 5, o más de 5 fraccionamientos.
Cumplimiento del tratamiento nutricional	Realizar las recomendaciones alimentarias que se indican por parte del nutricionista.			Porcentaje de personas que cumplen el tratamiento nutricional.

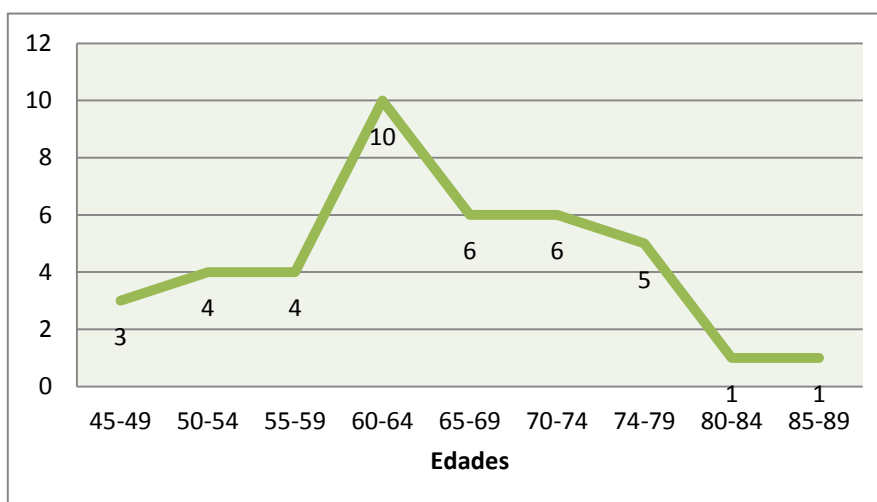
3. CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La información recolectada se obtuvo de 40 pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus, pertenecientes a la Clínica de Diabetes del Hospital Enrique Garcés. Esta información se muestra a través de gráficos y tablas, utilizando indicadores de la estadística descriptiva acorde al tipo de información que se recolectó. A continuación se presentan los datos con su interpretación, y luego el análisis de la información, relacionándolo con revisión bibliografía sobre el tema.

3.1. PERFIL DE LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA DE DIABETES DEL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS

En esta primera sección se expone el perfil demográfico de los pacientes diabéticos que fueron evaluados. Se toma en cuenta las variables de edad, sexo y convivencia.

GRAFICO N°1. DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD DE PACIENTES DIABÉTICOS DE LA CLÍNICA DE DIABETES DEL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS, ENERO DEL 2015



Fuente: Encuestas aplicadas en la Clínica de Diabetes del Hospital Enrique Garcés, enero de 2015
Elaborado por: Erika Rivadeneira

Las edades de los pacientes intervenidos van de los 45 a los 86 años, habiendo una mayor frecuencia en el rango comprendido de 60 a 64, es decir que la mayoría de los pacientes presenta diabetes antes de llegar a la tercera edad; sin embargo, la frecuencia es alta conforme se entra a la tercera edad, esto puede ser debido a que la enfermedad aparece en edades avanzadas.

De acuerdo con un estudio realizado en pacientes diabéticos en Colombia, en el 2006, en el que participaron 749 personas, se encontró que la edad promedio de estas era de 51.7 años en general, para las mujeres fue de 50.9 y en hombres 53.7 años (Alayón & Sedán, 2006). El presente estudio, sin embargo, muestra que hay más pacientes entre los 60 y 64 años, lo que puede estar relacionado con el hecho de que el estudio de Colombia tomaba en cuenta a participantes desde los 30 años y este estudio lo hace a partir de los 40 años, además porque en Colombia fue realizado en una población mayor.

TABLA N°1. SEXO DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS DE LA CLÍNICA DE DIABETES DEL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS, ENERO DEL 2015

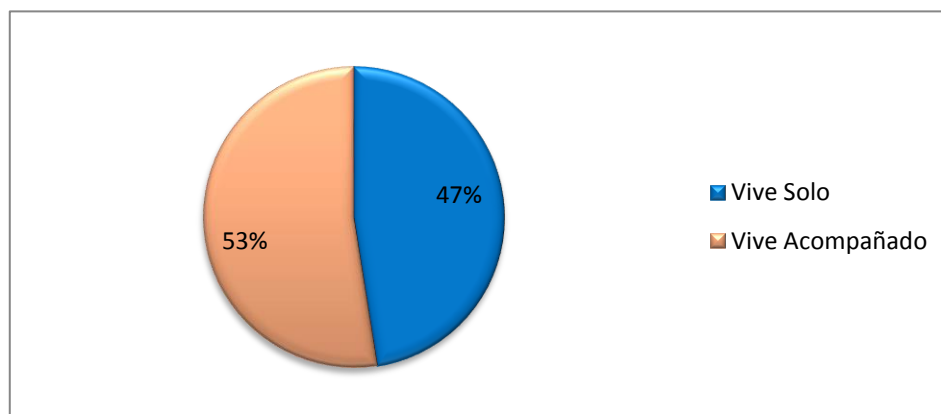
Sexo		
	N°	Porcentaje
Femenino	36	90%
Masculino	4	10%
Total	40	100%

Fuente: Encuestas aplicadas en la Clínica de Diabetes del Hospital Enrique Garcés, enero de 2015
Elaborado por: Erika Rivadeneira

Los integrantes de la clínica de diabetes son en su gran mayoría mujeres. Esto puede ser debido a que la diabetes es más frecuente en el sexo femenino que en el masculino.

Según Alayón y Sedán, en 2006, de los pacientes intervenidos en el estudio en Colombia, el 72.76 % fueron mujeres y el 27.24 % hombres (Alayón & Sedán, 2006). Es decir, se observa que las mujeres tienen mayor presencia de diabetes, al igual que se puede ver en este estudio, ya que apenas el 10% de la población es de sexo masculino. Esto también puede responder al hecho de que las mujeres, a diferencia de los hombres, suelen ser personas que más se adhieren al tratamiento, que ponen en práctica sus conocimientos y tienden a cuidarse de mejor manera asistiendo a grupos de apoyo. Además, en otros estudios, se ha evidenciado que las mujeres siguen dietas saludables, ya que pueden comprender mejor sobre un plan de alimentación recomendado (Lancheros et al., 2010).

GRÁFICO N°2. CONVIVENCIA DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS DE LA CLÍNICA DE DIABETES DEL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS, ENERO DEL 2015



Fuente: Encuestas aplicadas en la Clínica de Diabetes del Hospital Enrique Garcés, enero de 2015
Elaborado por: Erika Rivadeneira

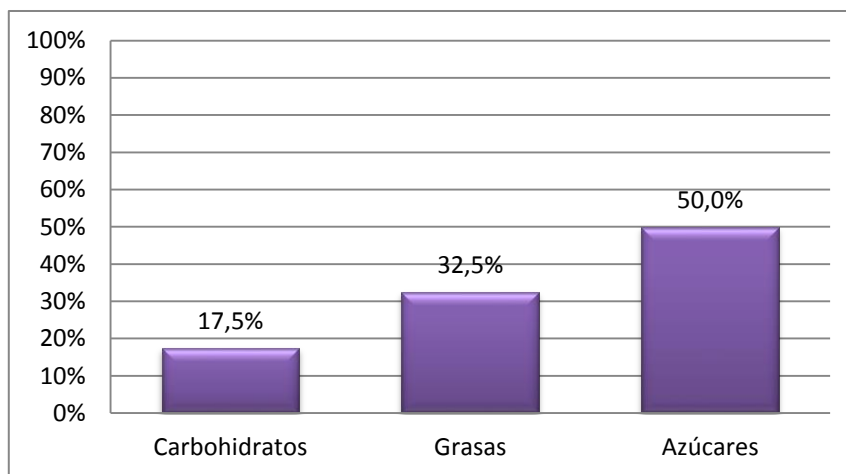
El gráfico muestra que un poco más de la mitad de las personas del estudio viven acompañadas y el resto viven solas. Esto puede explicarse porque muchas personas no tienen pareja, ya que ha muerto o las han abandonado, sobre todo aquellas personas con mayor edad, mientras que los demás aún cuentan con su familia.

Según la encuesta SABE, en 2010, conforme pasan los años, en la edad adulta existe un mayor porcentaje de personas que viven solas (14.4%) al alcanzar más de 75 años; y, al analizar el estado civil en la misma edad, se encuentra que hay un 53% de personas que son viudas, seguidas por un 21.50% que se encuentran casados; se añade que las personas que viven solas tienen malas condiciones de vida (14.1%) o son indigentes (16.7%) (Freire, 2010). Debido a que en este estudio cerca de la mitad de los participantes son adultos mayores, se explicarían las cifras obtenidas en relación al resto de la población en la convivencia.

3.2. CONOCIMIENTOS DE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS DE LAS PACIENTES DIABÉTICOS

En lo que sigue de esta sección, se muestra brevemente los conocimientos acerca de los hábitos alimentarios que deben saber los pacientes diabéticos. Se toma en cuenta las variables de alimentos hiperglucemiantes, las modificaciones del estilo de vida y los conocimientos de los grupos de alimentos.

**GRAFICO N°3. CONOCIMIENTO DE ALIMENTOS HIPERGLUCEMIANTES DE
PACIENTES DIABÉTICOS DE LA CLÍNICA DE DIABETES DEL HOSPITAL ENRIQUE
GARCÉS, ENERO DEL 2015**



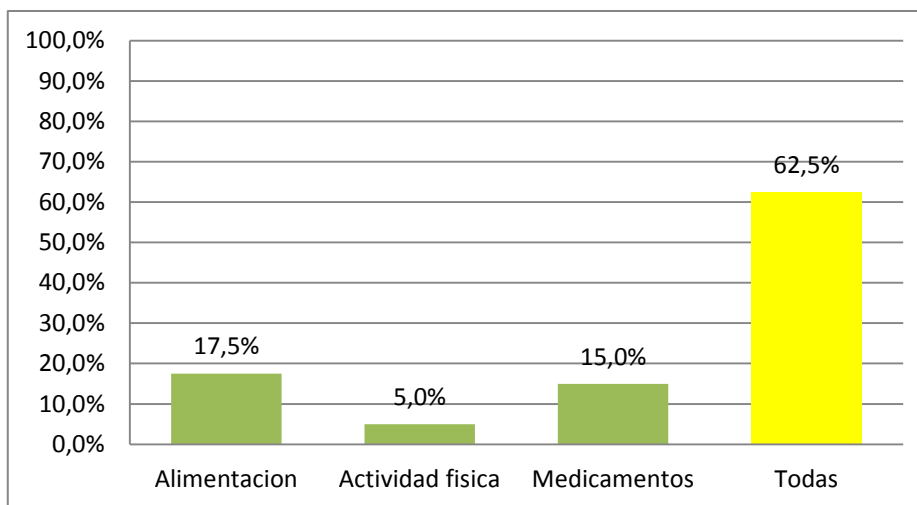
Fuente: Encuestas aplicadas en la Clínica de Diabetes del Hospital Enrique Garcés, enero de 2015
Elaborado por: Erika Rivadeneira

La mayor parte de los participantes afirman que el azúcar es el principal alimento que hace que se eleve la glucosa en la sangre. Esa es la creencia generalizada, por eso la gente tiende a pensar que el azúcar es lo único que eleva glucemia, cuando en realidad otros alimentos pueden hacerlo, como es el caso de los carbohidratos y de las grasas. Cierta cantidad de los encuestados están conscientes de ello.

Para los pacientes diabéticos existen ciertos alimentos que deben tener restricción en su consumo, entre ellos los alimentos ricos en grasas, carbohidratos y azúcares refinados porque contienen un alto índice glucémico o un bajo contenido de fibra, por lo que deberían ser limitados en el consumo (SANOFI, 2012).

Sedó (2005) encontró en su estudio realizado en Costa Rica que los alimentos, a los cuales los diabéticos atribuyen las hiperglucemias, son los azúcares y alimentos dulces en primer lugar, luego hacen referencia a las harinas, frijoles, arroz, pan, repostería, galletas, etc., que vendrían a ser carbohidratos. Mencionan también carnes y chicharrones, sin hablar específicamente de las grasas. Además, atribuyen el incremento de glucosa en sangre a alimentos más específicos como la remolacha, el jugo de caña de azúcar y el plátano (Sedó Masís, 2005). Esto comprueba los resultados obtenidos en el presente estudio, puesto que el primer alimento en ser considerado hiperglucemiante es el azúcar con un 50%.

**GRÁFICO N°4. MODIFICACIONES DE PATRONES DE ESTILO DE VIDA EN
PACIENTES DE LA CLÍNICA DE DIABETES DEL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS,
ENERO DEL 2015**



Fuente: Encuestas aplicadas en la Clínica de Diabetes del Hospital Enrique Garcés, enero de 2015
Elaborado por: Erika Rivadeneira

El gráfico muestra que más de la mitad de las personas encuestadas reconocen que, por tener diabetes, deben modificar su estilo de vida, tanto en la alimentación como en la toma de medicamentos y la realización de actividad física. Sin embargo, algunas de ellas consideran que deben enfocarse más en uno solo de los aspectos mencionados, lo que sin duda revela la falta de una correcta información o, quizás, el poco interés que prestan a su enfermedad.

Normalmente, las personas diabéticas requieren del consumo de medicamentos orales o insulina para el control de la glucosa en la sangre, pero no es el único requerimiento para controlar la diabetes, depende también de la alimentación y actividad física, por lo que ningún medicamento logrará un control de la glucosa si no hay un cambio en el estilo de vida (SMNE, 2009).

Un estudio realizado en España, en 2009, muestra que a pesar de que los diabéticos conocen que el cambio de estilo de vida comprende la alimentación, medicamentos y el ejercicio, declaran no seguir el tratamiento regularmente. La cuarta parte de los varones y la quinta de las mujeres que tienen DM2 no están en tratamiento o no lo cumplen diariamente (Cabrera et al., 2009). En este sentido, el presente estudio también expone que un 62.5% reconoce que debe asumir otro estilo de vida, sin embargo no necesariamente consigue aplicarlo como queda mencionado.

CONOCIMIENTOS DE LOS GRUPOS DE ALIMENTOS

Del grupo de diabéticos encuestados de la Clínica de Diabetes del Hospital Enrique Garcés, 19 personas afirman que conocen los grupos de alimentos y 21 indican que no conocen acerca de este tema.

La razón para que esto ocurra es que algunos han visitado a la nutricionista encargada de los pacientes diabéticos en el hospital, mientras que los otros no muestran mucho interés o desconocen la existencia de ese alguien que los puede guiar con una alimentación acorde con su enfermedad.

En Cuba se realizó un estudio en adultos mayores acerca de la importancia de la correcta educación por parte de los profesionales de salud hacia el paciente, encontrando que en relación a los aspectos nutricionales, que son la base del control metabólico en pacientes no insulino dependientes y con alta prevalencia de obesidad o sobrepeso corporal, estos aspectos no eran atendidos adecuadamente en la práctica y casi la mitad de la población no identificaba bien los grupos de alimentos ya que confundían su sustitución al preparar un menú, provocando una falta de cumplimiento en la dieta. Todo por la poca habilidad de comunicación del personal de salud (García, Suárez, & Peralta, 1996).

Estos aspectos coinciden con el presente estudio, en el que casi la mitad de los participantes no conocen los grupos alimenticios y además, por pertenecer en su mayoría a la población de adultos mayores, se dificulta la correcta comunicación y entendimiento de estos temas.

3.3. PERCEPCIONES DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS FRENTE A FACTORES RELACIONADOS CON LA ALIMENTACIÓN QUE DEBEN LLEVAR

En esta sección se toma en cuenta las percepciones que los pacientes diabéticos tienen con respecto a su alimentación, por lo que se interpretan las variables de habilidad de comunicación de los profesionales de salud, la percepción frente al apoyo familiar y la accesibilidad económica.

**TABLA N°2. PERCEPCIÓN DEL MANEJO DE LA COMUNICACIÓN DEL
NUTRICIONISTA EN LA EDUCACIÓN DE LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA DE
DIABETES DEL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS, ENERO DEL 2015**

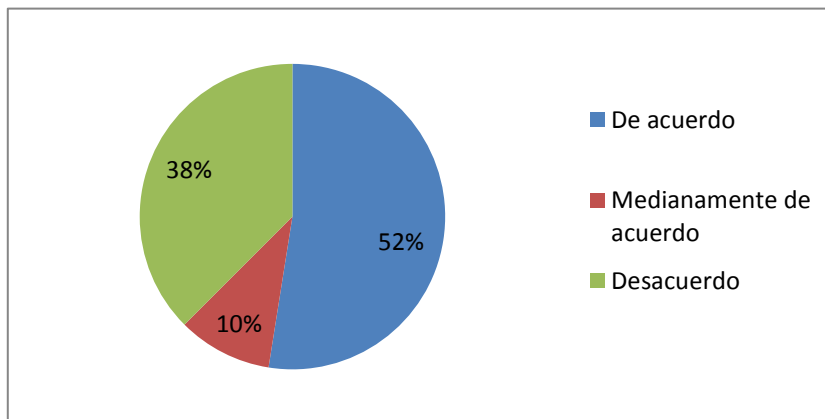
Habilidad de comunicación		
	N°	Porcentaje
De acuerdo	39	98%
Medianamente de acuerdo	1	2%
Total	40	100%

Fuente: Encuestas aplicadas en la Clínica de Diabetes del Hospital Enrique Garcés, enero de 2015
Elaborado por: Erika Rivadeneira

La mayoría de las personas concuerda con que el profesional de salud debe estar bien capacitado a la hora de comunicarse con el paciente, ya que es un aspecto importante para que las personas se adhieran a la dieta. Sencillo: si no entienden lo que tiene que hacer, los pacientes no lo harán.

En el estudio cubano acerca de la educación en diabetes, muestra que los proveedores de salud entrevistados señalaron que la educación de pacientes diabéticos, sobre todo del grupo adulto mayor, debía ser mediante mensajes sencillos y claros. Sólo el 22,2 % opinó que la información debía, además, ser reiterativa, y un porcentaje aún menor (5,5 %), progresiva y permanente. Se suponía que dicha educación con tales deferencias daría buenos resultados. Sin embargo al final de aquel estudio se evidenció que el objetivo de lograr un mensaje sencillo, preciso y práctico no se había logrado, a pesar de existir la necesidad para así hacerlo. Los pacientes consideraron que las explicaciones ofrecidas por el profesional de salud en consulta les resultaban difíciles de comprender y llevarlas a la práctica (García, Suárez, & Peralta, 1996). Ahí la importancia de desarrollar la habilidad de comunicación de los profesionales de la salud, lo cual se evidencia también en este estudio.

**GRÁFICO N°5. PERCEPCIÓN DE LA IMPORTANCIA DEL APOYO FAMILIAR EN LOS
PACIENTES DE LA CLÍNICA DE DIABETES DEL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS,
ENERO DEL 2015**



Fuente: Encuestas aplicadas en la Clínica de Diabetes del Hospital Enrique Garcés, enero de 2015
Elaborado por: Erika Rivadeneira

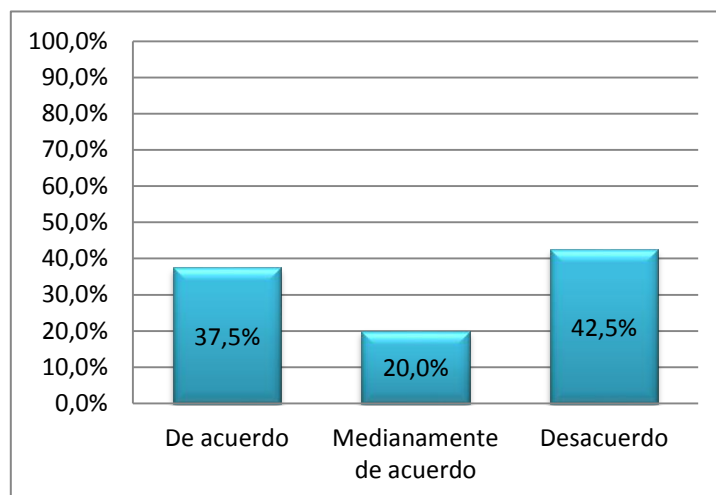
La mayor parte de los encuestados afirma que es importante el apoyo familiar para poder seguir un plan de alimentación adecuado para su enfermedad. Sin embargo, hay un importante porcentaje de personas que afirman lo contrario. Esto puede darse porque muchos de los encuestados viven solos, constituyéndose en un factor que puede determinar su respuesta.

En un estudio realizado en México, con pacientes con diabetes mellitus no insulino dependiente, se los dividió en dos grupos: los casos, que eran los pacientes con una glucosa dentro de lo normal, y los controles, pacientes que presentaban hiperglucemias. Se encontró que el 87.5% de los pacientes en el grupo de casos y el 30% en el de los controles considera el apoyo familiar como muy útil para el control de su enfermedad, mientras que 12.5% de los casos y 70% de los controles lo perciben como inútil o indiferente (Rodríguez & Guerrero, 1997).

Tomando en cuenta que la normoglucemia se asoció al apoyo familiar, y que la mayoría de los pacientes considera que es muy útil en el manejo de su enfermedad, y que la información que tiene el familiar sobre la diabetes es determinante para que otorgue apoyo al enfermo, se requiere desarrollar un proceso de educación dirigido a modificar las actitudes, y a mejorar las habilidades y conocimientos del paciente y de sus familiares (Rodríguez & Guerrero, 1997).

Los resultados del estudio realizado en México, tienen cierta similitud con los realizados en el presente estudio, ya que una gran parte de los participantes (52%) consideran que es importante el apoyo familiar.

GRÁFICO N°6. PERCEPCIÓN DEL ACCESO ECONÓMICO REQUERIDO PARA LA ALIMENTACIÓN DE PACIENTES DE LA CLÍNICA DE DIABETES DEL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS, ENERO DEL 2015



Fuente: Encuestas aplicadas en la Clínica de Diabetes del Hospital Enrique Garcés, enero de 2015
Elaborado por: Erika Rivadeneira

El gráfico muestra que existe un porcentaje semejante entre las personas que están de acuerdo y las que no con respecto a la dificultad para acceder a los alimentos de una dieta para diabéticos. Esto puede ser posible porque para muchas personas lo económico no es un factor que determine una alimentación adecuada o inadecuada.

En Quito, según el INEC, los adultos mayores que tienen ocupación representan el 30.8%, de los cuales el 42% son hombres y 22.4% mujeres, es decir que siete de cada diez adultos mayores están inactivos (INEC, 2008), esto determina el hecho de que como la mitad de las personas encuestadas son adulto mayor y la otra mitad no, la accesibilidad económica del paciente está determinada por la presencia de trabajo. Las personas que tienen trabajo y estabilidad económica no consideran la dieta inaccesible, pero sí lo es para aquellas personas que no tienen una ocupación.

3.4. PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS

En esta sección se toma en cuenta las prácticas alimentarias de los pacientes diabéticos, incluyendo horarios de alimentación, el consumo de alimentos fuera de casa, el consumo de agua, frutas, verduras, productos bajos en calorías, edulcorantes, pan y azúcar; además de porciones extra de consumo, cumplimiento del tratamiento nutricional, número de comidas al día y prácticas de ayuno.

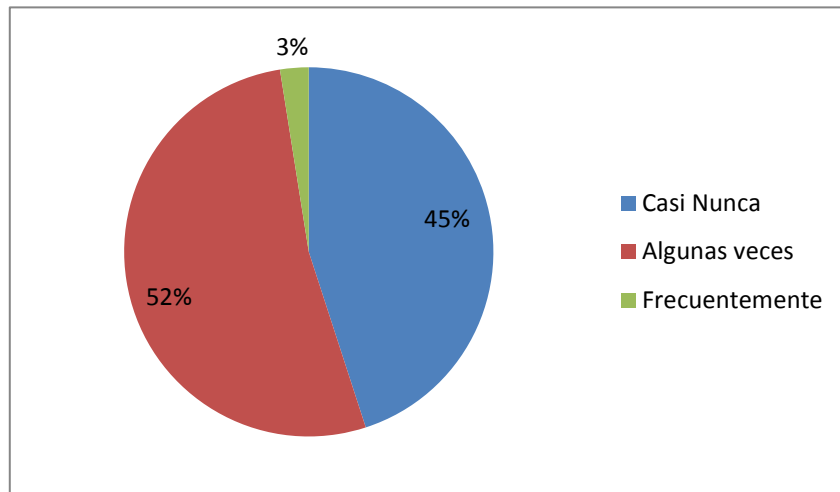
HORARIOS DE ALIMENTACIÓN

De los 40 participantes del estudio se encuentra que el 45% de ellos no tiene horarios fijos de comida, mientras que el restante 55% sí los tiene.

Es decir que existe apenas una diferencia del 10% entre las personas que tienen horarios fijos de alimentación con respecto a las que no. Esto puede estar relacionado con el hecho de que las personas que trabajan (no son empleados) tienen una menor posibilidad de tener una hora establecida para su alimentación, en comparación con aquellas que pasan más tiempo en su casa.

De acuerdo con un estudio realizado a 72 pacientes diabéticos entre enero del 2011 y mayo de 2014, el 88.9% de ellos afirmaban que los horarios de alimentación deben ser fijos. Sin embargo, según Ji y colaboradores, en un estudio realizado en 2012 a 90632 adultos mayores, apenas el 24.1% tenían horarios fijos de alimentación. (Ji, Meng, & Dong, 2012) De acuerdo con el presente estudio, los resultados muestran que el 55% de los participantes tienen horarios fijos y, de acuerdo con el estudio mencionado, la edad de los pacientes (muchos adultos mayores) puede ser determinante para que no tengan horarios fijos, y no necesariamente la presencia de trabajo.

GRÁFICO N°7. FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS FUERA DE CASA DE LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA DE DIABETES DEL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS, ENERO DEL 2015

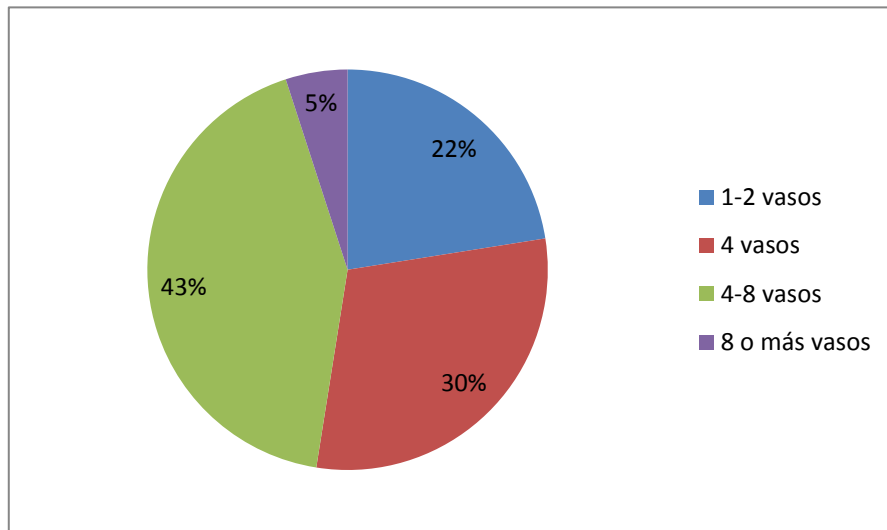


Fuente: Encuestas aplicadas en la Clínica de Diabetes del Hospital Enrique Garcés, enero de 2015
Elaborado por: Erika Rivadeneira

Un gran porcentaje de los participantes refieren consumir algunas veces alimentos fuera de casa, mientras que otro porcentaje significativo dice que casi nunca lo hace. Esto puede estar relacionado con los trabajos de las personas, pues unas que deben cumplirlos saliendo a la calle, mientras que otras se quedan en casa y no tienen la necesidad salir a comer afuera.

Villacís en 2014, menciona que está demostrado que, a mayor frecuencia de consumo de comida fuera de casa, existe un mayor riesgo de tener complicaciones relacionadas con la diabetes. (Villacís, 2014) Es por ello que el 52% de los encuestados en el presente estudio tienen más riesgo de ir complicando su salud, debido a que la comida fuera de casa suele tener más grasa, azúcares y carbohidratos simples.

GRÁFICO N°8. FRECUENCIA DE CONSUMO DE AGUA EN LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA DE DIABETES DEL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS, ENERO DEL 2015



Fuente: Encuestas aplicadas en la Clínica de Diabetes del Hospital Enrique Garcés, enero 2015
Elaborado por: Erika Rivadeneira

Con respecto al consumo de agua, se puede ver que cerca de la mitad de los participantes consumen menos de 4 vasos de agua al día, y la otra mitad afirma consumir la cantidad recomendada. En el primer caso puede ser debido a las limitaciones que impone el trabajo o porque las personas prefieren no consumir agua para no tener que ir al baño con mucha frecuencia; en el segundo, puede ser la misma enfermedad que los lleva a tener más sed.

Lojano &col., en su estudio realizado en 2010 en pacientes diabéticos, encontraron que el 56% de los pacientes tomaban de 3 a 6 vasos de agua al día y que un 22% no se hidrataban (Lojano et al., 2010). Es decir, los pacientes de este estudio se hidratan medianamente, y coincide con el 43% de personas de la clínica que toman de 4 a 8 vasos, y que corresponde a una hidratación parcial a las recomendaciones establecidas de 8 vasos de agua al día.

CONSUMO DE PRODUCTOS BAJOS EN CALORÍAS

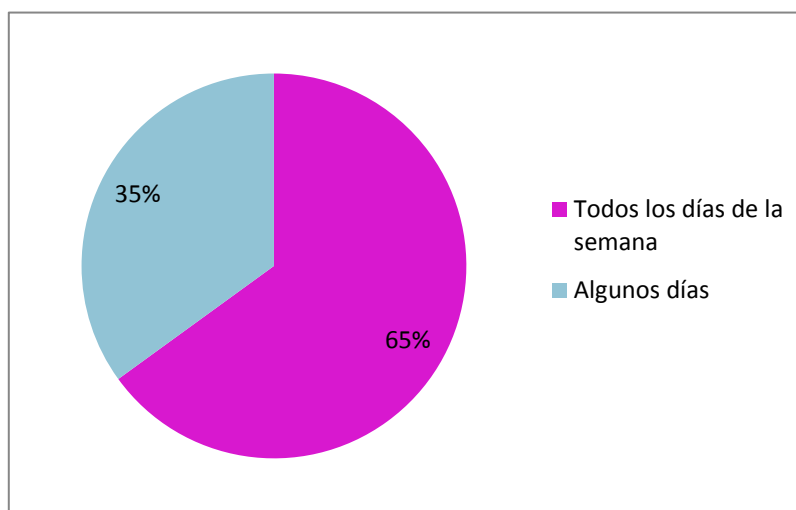
El consumo de productos bajos en calorías por parte de los participantes de la clínica es del 22%, mientras que el 78% restante afirma no consumir estos productos.

Lo que muestra que menos de la mitad de los participantes prefieren consumir productos bajos en calorías, mientras que el resto no lo hace. Lo cual puede estar determinado por las recomendaciones que se les dan a las personas diabéticas: los

productos bajos en calorías tienen menor contenido de grasa y azúcares y resultan beneficiosos para estos pacientes. Sin embargo, su costo puede ser un limitante.

Según Lanchero (2010), en su estudio acerca de la adherencia al tratamiento de pacientes diabéticos en Colombia, el uso de productos dietéticos no fue frecuente, ya que solamente el 47% de los encuestados refirió esta práctica, prefiriendo productos como gelatina (13%), gaseosas (10%) y chocolates (10%). (Lancheros et al., 2010). En comparación con este estudio, se puede ver que existe un menor consumo de productos bajos en calorías (22%), que puede estar relacionado con la capacidad económica del grupo encuestado.

GRÁFICO N°9. FRECUENCIA DE CONSUMO DE FRUTAS EN LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA DE DIABETES DEL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS, ENERO DEL 2015

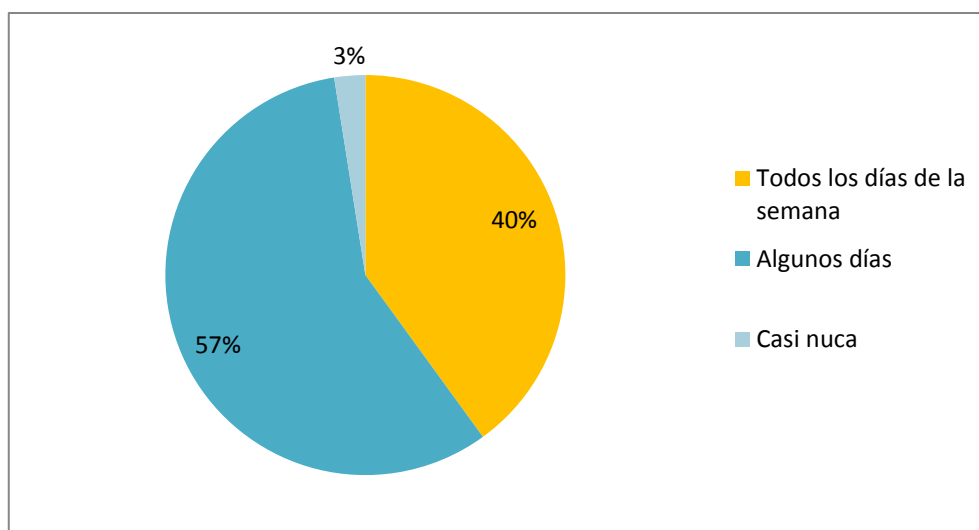


Fuente: Encuestas aplicadas en la Clínica de Diabetes del Hospital Enrique Garcés, enero de 2015
Elaborado por: Erika Rivadeneira

De las personas encuestadas, la mayoría afirman consumir todos los días frutas, mientras que una cantidad menor pero significativa afirma hacerlo solo algunos días. La causa para esto puede ser la limitación económica de algunas de las personas, pero tal vez se deba más a la falta de hábito o costumbre.

En el estudio realizado en Bogotá, en 2008, con 307 pacientes diabéticos, sobre ciertos aspectos del cuidado de la enfermedad, se encuentra que el 90.2% de los pacientes afirman consumir menos de cuatro porciones de fruta al día (Pinilla et al., 2011). Es decir que la mayoría de los participantes no tiene un consumo elevado de frutas diario, al igual que se aprecia en el presente estudio, ya que apenas un 65% consume fruta todos los días.

GRÁFICO N°10. CONSUMO DE VERDURAS EN LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA DE DIABETES DEL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS, ENERO DEL 2015

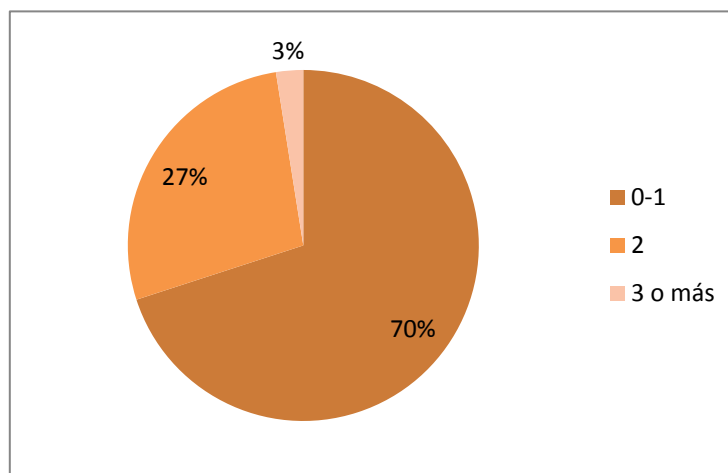


Fuente: Encuestas aplicadas en la Clínica de Diabetes del Hospital Enrique Garcés, enero de 2015
Elaborado por: Erika Rivadeneira

En el gráfico se observa que el consumo de verduras no es tan frecuente en los participantes, ya que la mayoría solo las consume algunos días a la semana, lo cual puede ser por limitaciones económicas, pues muchos prefieren invertir en alimentos que rinden más, aunque también afecta la falta de hábitos en su consumo.

Pinilla &col., en 2011, en el estudio realizado en pacientes diabéticos, encontraron que el consumo de verduras era menos de dos porciones al día: 77.9% (Pinilla et al., 2011). Lo cual quiere decir que hay un bajo consumo de verduras por la población estudiada, lo cual coincide con los resultados encontrados, ya que la mayor parte de los encuestados consume verduras solo algunos días.

GRÁFICO N°11. CONSUMO DE PAN EN LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA DE DIABETES DEL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS, ENERO DEL 2015

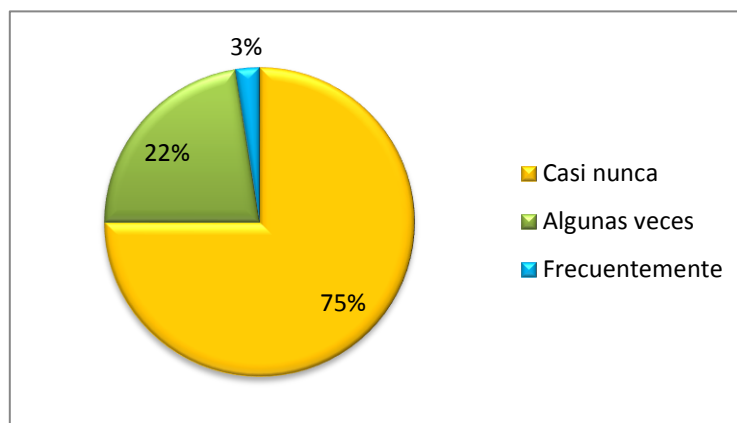


Fuente: Encuestas aplicadas en la Clínica de Diabetes del Hospital Enrique Garcés, enero de 2015
Elaborado por: Erika Rivadeneira

El consumo de pan en los pacientes diabéticos de la clínica es en su mayoría bajo, esto puede deberse a que es el principal alimento que se suele prohibir en estos pacientes, pues el pan blanco está relacionado directamente con la elevación de la glucosa en la sangre.

De acuerdo a un estudio realizado en México, en 2007, con 94 pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus 2, se encuentra que el pan tienen una frecuencia de consumo bajo a la semana (2.03%) (Samaniego & Álvarez, 2007). En comparación con el presente estudio, un 70% de los participantes consume de 0 a 1 panes al día, lo cual también representa un bajo consumo de este alimento. Una de las razones por la que existe un menor consumo de pan es porque los profesionales de la salud prohíben su consumo, pues su índice glucémico es alto. Normalmente los alimentos se comparan con el valor del contenido de carbohidratos de alimentos de referencia como es el pan blanco y la glucosa (Escobar & Tébar, 2009).

GRÁFICO N°12. CONSUMO DE AZÚCAR EN LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA DE DIABETES DEL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS, ENERO DEL 2015

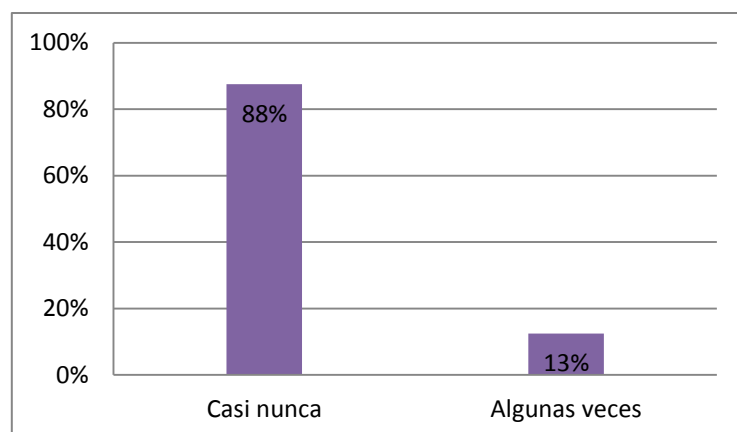


Fuente: Encuestas aplicadas en la Clínica de Diabetes del Hospital Enrique Garcés, enero de 2015
Elaborado por: Erika Rivadeneira

Debido a que el azúcar es otro alimento prohibido para los pacientes diabéticos, la gran mayoría de ellos no la consumen. Sin embargo hay un porcentaje significativo que lo realiza de vez en cuando, lo cual puede ser por una mala actitud de los pacientes frente a su enfermedad y por desinformación.

De acuerdo con un estudio realizado en Bogotá, en 2008, un 38.8% de los pacientes diabéticos adiciona azúcar, panela o miel de abejas a las preparaciones (Pinilla et al., 2011). Lo cual no se distancia mucho del 22% de los participantes del presente estudio, que afirmaban agregar y utilizar azúcar algunas veces.

GRÁFICO N°13. CONSUMO DE PORCIONES EXTRA EN LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA DE DIABETES DEL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS, ENERO DEL 2015

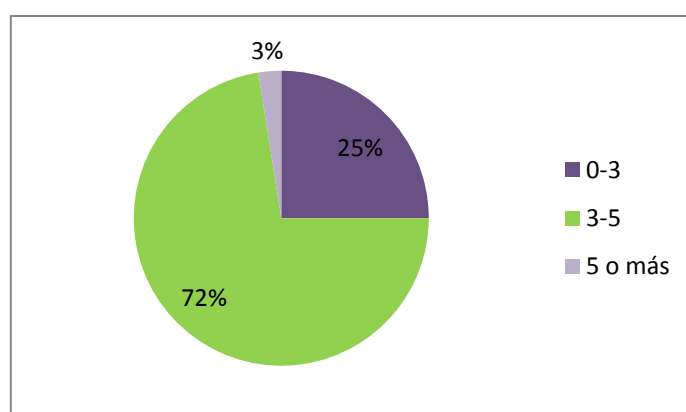


Fuente: Encuestas aplicadas en la Clínica de Diabetes del Hospital Enrique Garcés, enero de 2015
Elaborado por: Erika Rivadeneira

Con respecto al consumo de porciones extra de lo habitual, se encuentra que la mayoría no suele añadir más comidas después de haber terminado con su plato. Sin embargo un pequeño porcentaje sí lo hace, tal vez porque las porciones para un paciente diabético son menores, y los participantes posiblemente acostumbrados a una comida copiosa, no se logran adaptar a la nueva alimentación.

Yannakoulia, en 2006, en estudio de adherencia al tratamiento dietético en pacientes diabéticos, determinó que después de la educación nutricional, los pacientes suelen familiarizarse con los tamaños de las porciones y tratan de controlar su ingesta dietética para controlar su glucemia; pero suele encontrarse que a más conciencia de cómo debe ser su ingesta dietética, menos se observa su cumplimiento en la práctica (Yannakoulia, 2006). Los pacientes estudiados, al estar dentro de la clínica reciben cierta guía en su alimentación, lo que puede influenciar en que no consuman más de lo que deben cuando se sirven los alimentos.

GRÁFICO N°14. NÚMERO DE COMIDAS QUE REALIZAN LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA DE DIABETES DEL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS, ENERO DEL 2015



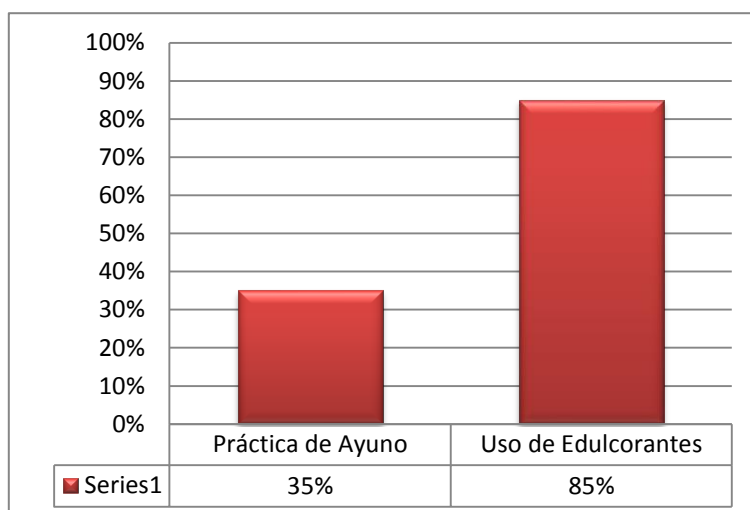
Fuente: Encuestas aplicadas en la Clínica de Diabetes del Hospital Enrique Garcés, enero de 2015
Elaborado por: Erika Rivadeneira

Un porcentaje elevado de los encuestados afirman consumir de 3 a 5 comidas al día, que es lo recomendado, pero un pequeño porcentaje come menos de 3 comidas, lo cual puede ser debido a la falta de tiempo por el trabajo o a la poca información acerca de la correcta distribución de alimentos a lo largo del día.

De acuerdo con la encuesta SABE (2010), los adultos mayores tienden a comer de 2 a 3 veces en el día; entre las personas que consumen alimentos 2 veces al día se observa más a mujeres, mientras que en un consumo de 3 veces al día se encuentran los hombres (Freire, 2010). Los resultados obtenidos en el presente estudio muestran que el

porcentaje mayor consume de 3 a 5 veces; sin embargo, un 25% consume solo hasta 3 veces al día, lo que le asemeja a la encuesta del adulto mayor.

GRÁFICO N°15. PRÁCTICAS DE AYUNO Y USO DE EDULCORANTES EN LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA DE DIABETES DEL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS, ENERO DEL 2015



Fuente: Encuestas aplicadas en la Clínica de Diabetes del Hospital Enrique Garcés, enero de 2015
Elaborado por: Erika Rivadeneira

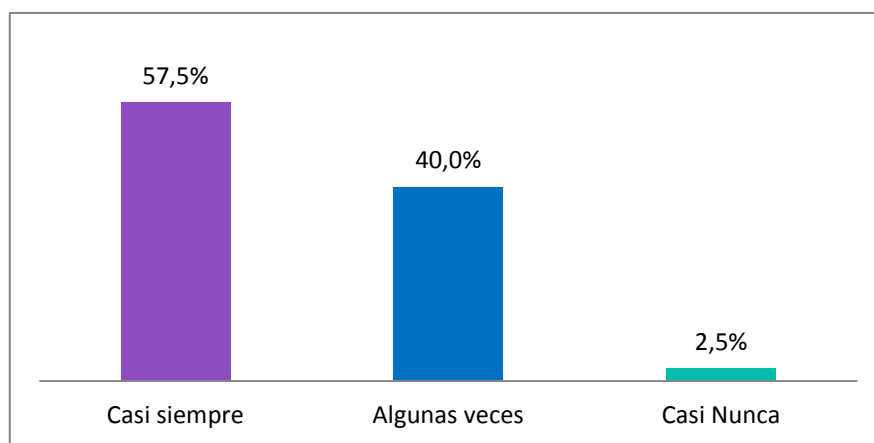
La práctica de ayunos en los pacientes diabéticos es frecuente, en especial cuando conocen que va a haber una comida abundante, entonces tienden a pensar que para que no haya un alza de la glucosa, no se debe comer.

En el 2012, en México, se estableció que un 48-69% de los habitantes con Diabetes Mellitus que se estudiaron tenían un deficiente control metabólico, causando hiperglucemias y a su vez complicaciones vasculares, pues según lo investigado ningún participante consumía más de 3 comidas al día, y realizaban ayuno de al menos 12 horas (Cornish & De Huerta, 2012). En la investigación del presente estudio se encontró que el 35% de los participantes practicaban ayunos, demostrando, junto al estudio realizado en México, que es una práctica frecuente en pacientes con diabetes.

Gran parte de los participantes acostumbran utilizar edulcorantes en sus preparaciones, mientras que otro porcentaje pequeño no lo hace. El uso de edulcorante puede ser debido a la prohibición del consumo de azúcar; entonces, la solución para que los alimentos no se encuentren sin sabor es la utilización de este producto.

Casado, en 2014, realizó un estudio en el que comparó una dieta rica en sacarosa frente al consumo de edulcorantes acalóricos. Se encontró en los participantes con consumo de sacarosa un aumento significativo de la glucemia postprandial, de los niveles de lípidos en la sangre e insulinemia (Casado et al., 2014). En consecuencia, consumir sacarosa es una práctica que no se debe realizar, y debido al bajo porcentaje de pacientes en la Clínica que la consumen, significa que el uso de edulcorante es una práctica que ha sido bien interiorizada por los pacientes.

**GRÁFICO N°16. CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO NUTRICIONAL DE LOS
PACIENTES DE LA CLÍNICA DE DIABETES DEL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS,
ENERO DEL 2015**



Fuente: Encuestas aplicadas en la Clínica de Diabetes del Hospital Enrique Garcés, enero de 2015
Elaborado por: Erika Rivadeneira

La mayor parte de los pacientes diabéticos aseguran cumplir el tratamiento nutricional, pero a pesar de ello otro porcentaje afirman no hacerlo con regularidad, lo cual puede estar vinculado a que muchas personas no han tenido una asesoría nutricional que les indique como deben alimentarse.

En un estudio realizado en Colombia, en 2010, se encontró que un 65% de los pacientes afirma haber cumplido las indicaciones del tratamiento nutricional (Lancheros et al., 2010), lo cual se asemeja a los resultados obtenidos en el presente estudio, en el que un 57.5% de los participantes afirma seguir el tratamiento nutricional.

CONCLUSIONES

- Los pacientes diabéticos evaluados, en su mayor parte, viven acompañados y tienen entre 40 y 86 años de edad, ubicándose las edades con mayor frecuencia entre los 60 y 64 años. Además, el sexo femenino es el predominante en el grupo.
- La mayoría de los pacientes diabéticos conocen los alimentos que elevan la glucosa en la sangre, y lo atribuyen sobre todo al consumo de azúcar. Comprenden la modificación de su estilo de vida: dan ahora importancia a la combinación del consumo de medicamentos, la alimentación y la realización de actividad física. Sin embargo, el conocimiento de los grupos alimenticios es deficiente, pues de las 40 personas intervenidas, 21 ignoran este aspecto.
- De acuerdo con las percepciones obtenidas de estos pacientes, tanto la habilidad de comunicación del nutricionista como el apoyo familiar y las posibilidades económicas influyen en la adherencia a la dieta. Es decir, si el profesional explica de forma adecuada las características de la dieta, y si la familia apoya al paciente a sobrellevar la enfermedad, se asegura un correcto manejo de la dieta. Sin embargo, se evidencia que la poca accesibilidad económica para preparar la dieta es un factor de riesgo, pues las personas diabéticas no siempre pueden adquirir los productos que necesitan consumir.
- En la investigación se observa, claramente, que muchos de los encuestados presentan irregularidad en los horarios de alimentación, bajo consumo de agua y verduras y su persistencia en el consumo de alimentos fuera de casa. Esto significa un factor de riesgo para los pacientes diabéticos, puesto que al no tener cuidado en la práctica de sus hábitos alimentarios, pueden llegar a presentar complicaciones a largo plazo, con el consiguiente deterioro de su estilo de vida y de su estado de salud.
- Si bien las percepciones de los pacientes frente a su enfermedad son positivas, algunas prácticas alimentarias saludables no las cumplen correctamente, lo cual sugiere que no hay una relación directa entre ellas, ya que el hecho de tener una buena actitud frente a una enfermedad, no determina el grado de cumplimiento de las prácticas alimentarias, pues existen varios factores externos que influyen, como la economía, el componente social y cultural.

RECOMENDACIONES

- De los resultados de la investigación, se advierte la necesidad de organizar, junto con la coordinadora de la Clínica de diabéticos, una charla dinámica para aclarar las dudas de los pacientes, y exponer la importancia de establecer horarios fijos de comida, el consumo de frutas y verduras y la disminución de carbohidratos simples y grasas saturadas en las comidas. Pasado un tiempo, volver a evaluar a los pacientes en prácticas alimentarias para obtener el grado de adherencia al tratamiento después de esta intervención.
- Se considera imprescindible realizar un seguimiento a los pacientes que se encuentren en una situación crítica, es decir, a aquellos que no tengan un buen control de la glucosa o presenten más enfermedades, además de realizar valoraciones nutricionales más frecuentes, por medio de la nutricionista que labora en el hospital, de manera que estos pacientes puedan mejorar su estilo y calidad de vida.
- Es importante promover, a través del médico coordinador de la Clínica, actividades recreativas para el fortalecimiento físico y desarrollo mental de los pacientes diabéticos. Dichas actividades deben, además, involucrar al equipo multidisciplinario a cargo de la Clínica para que se brinde información más detallada acerca de la diabetes mellitus; y en los eventos que se organizan se oferten alimentos apropiados para el consumo de diabéticos, de manera que no les afecte a su salud.
- Se recomienda realizar una guía alimentaria para pacientes diabéticos, la cual podría basarse en guías que se asemejen a las características de nuestra población, y establezca los alimentos permitidos, los restringidos y las porciones recomendadas de cada grupo de alimentos. Esta guía sería entregada a la Clínica para que pueda ser usada por sus miembros, para una adecuada educación nutricional y un mejor manejo de su alimentación.
- Con el fin de conocer con mayor exactitud si las personas de bajos recursos económicos tienen menores posibilidades para cumplir con prácticas alimentarias saludables, sería importante determinar los costos reales de los alimentos recomendados para la dieta de pacientes diabéticos. Así se dispondría de un

indicador real que permita establecer si el factor económico es determinante para que el paciente cumpla con su dieta.

BIBLIOGRAFÍA

Libros

- Escobar, F., & Tébar, F. (2009). *La Diabetes Mellitus en la Práctica Clínica*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Figuerola, D. (2001). *Manual de educación terapéutica en diabetes*. España: Díaz de Santos.
- Freire, W., Ramírez, M., Belmont, P., Mendieta, M., Silva, K., Romero, N., y otros. (2013). RESUMEN EJECUTIVO. TOMO I. . Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Ecuador. Quito, Ecuador: Ministerio de Salud Pública/ Instituto Nacional de Estadística y Censo.
- Mahan, K., Escott, S., & Raymond, J. (2013). *Krause Dietoterapia*. Barcelona: ELSEVIER.

Artículos

- ALAD. (2013). Guías ALAD sobre el diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 con medicina basada en evidencia.
- Alayón, A. N., & Sedán, C. A. (2006). Prevalencia de desórdenes del metabolismo de los glúcidos y perfil del diabético en Cartagena de Indias (Colombia), 2005. *Salud Uninorte*, 22(1), 20–28. Recuperado de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/4101/2514>
- Arauz, A., Roselló, M., Rodríguez, O., Jiménez, M., & Guzmán, S. (1997). Modificación de prácticas alimentarias en diabeticos no insulino dependientes:efectos de una intervención educativa multidisciplinaria. Recuperado el 31 de Agosto de 2014, de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0253-29481997000100002
- Arce, V., Catalina, P., & Mallo, F. (2006). *Endocrinología*. Santiago de Compostela: Universidade de Dantiago de compostela, Universidade de Vigo.
- Ariza Copado, C., Gavara Palomar, V., Muñoz Ureña, A., Aguera Mengual, F., Soto Martínez, M., & Lorca Serralta, J. R. (2011). Improvement of control in subjects with type 2 diabetes after a joint intervention: diabetes education and physical activity. *Atencion Primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia Y Comunitaria*, 43(8), 398–406. doi:10.1016/j.aprim.2010.07.006
- Arteagoitia, J., & Piniés, J. (2009). *Diabetes mellitus tipo 2: impacto en la salud pública y estrategias de prevención*. España: Sociedad Española de Epidemiología.
- Balcázar Nava, P., Gurrola Peña, G. M., Bonilla Muñoz, M. P., Colín Garatachía, H. G., & Esquivel Santoveña, E. E. (2013). *Estilo De Vida En Personas Adultas*

- Con Diabetes. *Revista Científica Electrónica de Psicología*, (6), 147–158. Recuperado de http://www.researchgate.net/profile/Esteban_Esquivel-Santovena/publication/257022309_105-388-1-PB/links/0deec52433fb670a5a000000.pdf
- Blanco, J., Socarrás, M., González, D., & Licea, M. (2002). De Pacientes Diabéticos Tipo 2 De Centro Habana. *Revista Cubana Alimentación Y Nutrición*, 16(1), 23–30. Recuperado de http://www.bvs.sld.cu/revistas/ali/vol16_1_02/ali04102.pdf
- Cabrera, A., Castillo, J., Domínguez, S., Rodríguez, M., Brito, B., Borges, C., ... Aguirre, A. (2009). Lifestyle and Treatment Adherence of Type 2 Diabetes Mellitus People. *Revista Española de Salud Pública*, (Pi 070934), 567–575. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v83n4/original4.pdf>
- Casado, G., García, J. M., & García, J. (2014). Una visión global y actual de los edulcorantes. Aspectos de regulación. *Nutrición Hospitalaria*, 28, 17–31. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v28s4/03articulo03.pdf>
- Cornish, D., & De Huerta, M. (2012). Implementación de un programa de atención para pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en la comunidad de San Andrés Azumiatla, Puebla. *Universidad Iberoamericana Puebla.*, 1 – 5. Recuperado de <http://www.iberopuebla.edu.mx/micrositios/acisa/docsASE/Otono2012/Atención en DM2 en Azumiatla.pdf>
- Durán Agüero, S., Carrasco Piña, E., & Araya Pérez, M. (2012). Food and diabetes. *Nutrición Hospitalaria*, 27(4), 1031–6. doi:10.3305/nh.2012.27.4.5859
- Durán, B., Rivera, B., & Gallegos, E. (2011). Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública de México*, 233 - 236.
- Freire, W. (2010). SABE Encuesta de salud bienestar y envejecimiento. *MSP*, 2009–2010. Rcuperado de <http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Ecuador-Encuesta-SABE-presentacion-resultados.pdf>
- García, R., Suárez, R., & Peralta, R. (1996). *Diagnóstico educativo sobre la enfermedad en pacientes diabéticos de la tercera edad*. Recuperado el 7 de Mayo de 2015, de http://www.bvs.sld.cu/revistas/end/vol7_1_96/end06196.htm?iframe=true&width=95%&height=95%
- Hernández, M., Contreras, D., Dávila, N., Maldonado, B., Vega, D., Escobar, Z., & Salinas, P. (2004). Nivel de Información de la Diabetes y Complicaciones Crónicas en Pacientes Controlados en el Hospital I. Lagunillas. Mérida. *Revista Facultad de Medicina*, 10, 369–372. Rcuperado de <http://ecotropicos.saber.ula.ve/db/ssaber/Edocs/pubelectronicas/medula/Vol10num1-4/articulo6.pdf>
- Jansà, M., & Vidal, M. (2009). Importancia del cumplimiento terapéutico en la diabetes mellitus. *Avances En Diabetología*, 25(ICMDiM), 55–61. Recuperado de <http://sediabetes.org/gestor/upload/revistaAvances/25-1.pdf#page=55>

- Ji, L., Meng, H., & Dong, B. (2012). Factors associated with poor nutritional status among the oldest-old. *Clinical Nutrition*, 31(6), 922–926. <http://doi.org/10.1016/j.clnu.2012.03.007>
- Lancheros, L., Pava, A., & Bohórquez, A. (2010). Identificación de la adherencia al tratamiento nutricional aplicando el modelo de Conocimientos, Actitudes y Prácticas en un grupo de personas con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidas en la Asociación Colombiana de Diabetes. *Diaeta*, 28(133), 17–23. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73372010000400003
- Lojano, D., Peñafiel, E., & Pesántez, A. (2010). *Autocuidado en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 que acuden al Hospital de Paute Marzo - Septiembre 2010*. Universidad de Cuenca. Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3589/1/ENF16.pdf>
- Luchetti, F., Zanetti, M., Dos Santos, M., Martins, T., & De Sousa, C. (2009). Conocimientos y actitudes: Componentes para la Educación en Diabetes. *Latino-Am Enfermagem*, 17(4). Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n4/es_06.pdf
- Magallanes, A., Limón, F., & Ayús, R. (2005). Nutrición de cuerpo y alma: prácticas y creencias alimentarias durante el embarazo en Tziscão, Chiapas. 131 - 148.
- Nubiola, A., & Remolins, I. (2012). Dieta hipoglucídica en el tratamiento de la diabetes tipo 2. *Avances En Diabetología*, 28(6), 131–135. <http://doi.org/10.1016/j.avdiab.2012.10.004>
- Ortiz, M., Ortiz, E., Gómez, D., & Gatica, A. (2011). Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. *Terapia Psicológica*, 29(45), 5–11. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v29n1/art01.pdf>
- Otero, L., Zanetti, M., & Ogrizio, M. (2008). El Conocimiento Del Paciente Diabético Sobre Su Enfermedad, Antes Y Después De La Implementación De Un Programa De Educación En Diabetes. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 16(2), 1 – 7. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/es_10.pdf
- Pech, W., Baeza, J., & Ravell, M. (2010). Factores que inciden en el fracaso del tratamiento del paciente diabético en Tekax, Yucatán, México. *Revista de Especialidades Médico - Quirúrgicas*, 211 – 215. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2010/rmq104e.pdf>
- Pinilla, A., Sánchez, A., Mejía, A., & Barrera, M. (2011). Actividades de prevención del pie diabético en pacientes de consulta externa de primer nivel. *Revista Salud Pública*, 13(2), 262–273. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v13n2/v13n2a08>
- Ramos, I., & Gírbés, J. (2009). Conocimiento del contenido de hidratos de carbono de los alimentos en pacientes con diabetes tratados con insulina. Resultados de una encuesta. *Sociedad Española de Diabetes*. Recuperado de <http://www.sediabetes.org/gestor/upload/revistaAvances/25-4.pdf#page=55>

- Rodríguez, M., & Guerrero, J. (1997). *Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia*. Recuperado el 7 de Mayo de 2015, de http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0036-36341997000100007&script=sci_arttext&lng=pt
- Samaniego, R., & Álvarez, J. (2007). Tipo de alimentación en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: una muestra de Monterrey (México). *Psicología Y Salud*, 17(492), 277 – 282. Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/712/1253>
- SANOFI. (2012). Plan alimenticio del paciente con diabetes. Recuperado de https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=7&cad=rja&uact=8&ved=0CEAQFjAG&url=http%3A%2F%2Fwww.prosane.com.gt%2Fgt%2Fsp%2Fdownload.jsp%3Ffile%3D3E991506-B1A0-4662-9162-62F3F08E0742.pdf&ei=aBIMVaXpIYrBgwTkpoDYCA&usg=AFQjCNEPwjC7H5YGEyWf_iW6EKVLhM9Ljg&bvm=bv.92765956,d.eXY
- Sanz, Á., Boj, D. B., Melchor, I., & Alberó, R. (2013). Azúcar y diabetes: recomendaciones internacionales. *Nutrición Hospitalaria*, 28, 72–80. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v28s4/09articulo09.pdf>
- Sedó Masís, P. (2005). Significados y prácticas de alimentación de un grupo de personas adultas mayores diabéticas y sus familiares, en el cantón de La Unión, Cartago. *Anales En Gerontología*, 39–54. Recuperado de <http://www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/gerontologia/article/view/8863/8343>
- Selli, L., Kauffmann, L., Nazareth, S., & Zapico, J. (2005). Técnicas educativas en el tratamiento de la diabetes. *Artigo*, 1366 - 1372.
- SMNE. (2009). *Guía de autocuidado para personas con diabetes*. Recuperado de [http://132.247.8.18/imagenes/CAIPaDi/Guia autocuidado diabetes smne.pdf](http://132.247.8.18/imagenes/CAIPaDi/Guia%20autocuidado%20diabetes%20smne.pdf)
- Troncoso, C., Sotomayor, M., Ruiz, F., & Zúñiga, C. (2008). DIABETES TIPO 2 DE UNA COMUNA RURAL. *Revista Chilena de Nutrición*, 35(1), 421–426. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/rchnut/v35n4/art04.pdf>
- Vicente, B., Zerquera, G., Rivas, E., Muñoz, J., Gutiérrez, Y., & Castañeda, E. (2010). Nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus en pacientes con diabetes tipo 2. *Revista Electrónica de Las Ciencias Médicas En Cienfuegos*, 8(6), 412–418. Recuperado de file:///C:/Users/Home/Downloads/1238-20313-1-PB.pdf
- Vidal, M., & Jansá, M. (2006). Diabetología Seminarios de diabetes en el cálculo de raciones de hidratos de carbono. *Servicio de Endocrinología Y Nutrición de Diabetes*, 22(4), 262–268. Recuperado de <http://www.sediabetes.org/gestor/upload/revista/00011232archivoarticulo.pdf>
- Villacís, C. (2014). *Asociación entre la frecuencia de comer fuera de casa y la calidad de hidratos de carbono y de grasas*. Recuperado de <http://repositorio.educacionsuperior.gob.ec/bitstream/28000/1533/1/T-SENESCYT-00666.pdf>

Yannakoulia, M. (2006). Eating behavior among type 2 diabetic patients: a poorly recognized aspect in a poorly controlled disease. *The Review of Diabetic Studies : RDS*, 3(1), 11–6. <http://doi.org/10.1900/RDS.2006.3.11>

Internet

ADA. (2013). Plan de alimentación para la diabetes y una alimentación sana. Recuperado el 26 de Octubre de 2014, de <http://www.diabetes.org/es/alimentos-y-actividad-fisica/alimentos/planificacion-de-las-comidas/plan-de-alimentacion-para-la.html?loc=ff-es-slabnav>

Fundación Diabetes. (2007). *Recomendaciones alimentarias en la diabetes mellitus*. Recuperado el 29 de Octubre de 2014, de http://www.fundaciondiabetes.org/diabetesinfantil/alimentacion/recomendaciones_mellitus.htm

INEC. (2008). La población adulto mayor en la ciudad de Quito estudio de la situación sociodemográfica y socioeconómica. Recuperado de http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_remository&Itemid=&func=startdown&id=393&lang=ki

Monde, M. d. (2011). Recogida de datos Métodos cuantitativos. Recuperado el 28 de Octubre de 2014, de <file:///C:/Users/Home/Downloads/22e3f5b17853d7f97ddb3eb2cb059033.pdf>

OMS. (2013). Diabetes. Recuperado el 31 de Agosto de 2014, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>

SEDCA. (2004). La Diabetes. *Esteve*, 1 - 10.

ANEXOS

ANEXO N°1 DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES DIABÉTICOS QUE ASISTEN A LA CLÍNICA DE DIABETES DEL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS

Este formulario de Consentimiento Informado se dirige a población de pacientes diabéticos que asisten a la Clínica de Diabetes del Hospital Enrique Garcés, a los cuales se les invita a participar en un proyecto de investigación, para la obtención del título de Licenciada en Nutrición Humana de la estudiante de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Erika Rivadeneira

Pontificia Universidad Católica Del Ecuador

Conocimientos, percepciones y prácticas de hábitos alimentarios en pacientes Diabéticos que asisten a la Clínica de Diabetes del Hospital Enrique Garcés.

Estudiante de Nutrición Humana, están investigando la relación que existe entre los conocimientos y percepciones alimentarios, y la práctica de los mismos en pacientes diabéticos. Antes de decidirse a realizar la investigación, puede hablar con alguien con quien se sienta cómodo sobre la misma. Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, está en derecho de pedir información y nosotros de darle las respectivas explicaciones.

La Diabetes es una enfermedad crónica, que debe ser tratada a través de la alimentación, pero para esto se necesitan de conocimientos, los cuales deben ser aplicados por los pacientes para que mejoren su calidad de vida. Esta investigación incluirá, se aplicara una encuesta de conocimientos, percepciones y prácticas de hábitos alimentarios, para lo cual solo se requiere la contestación de una serie de preguntas que no llevaran demasiado tiempo para contestar.

Se está invitando a todos los pacientes de la Clínica de Diabetes para participar en el estudio. Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Tanto si elige participar o no, continuaran todos los servicios que reciba de la institución y nada cambiara. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

No existen efectos secundarios ni riesgos para su salud. Si participa en la investigación usted podrá informarse mejor sobre su enfermedad y se le podrá dar recomendaciones para mejorar o mantener su estado nutricional. El proyecto se realizará con total confidencialidad por lo que no debe preocuparse por factores externos.

He leído la Información de éste documento o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que ha realizado. Consiento voluntariamente participar en este estudio como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento sin que afecte en ninguna manera a mi cuidado.

Nombre del Participante _____

Firma o huella dactilar del Participante _____

Fecha: _____

(Día/Mes/Año)

ANEXO N°2 ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS, PERCEPCIONES Y PRÁCTICAS

La siguiente encuesta va dirigida a pacientes diabéticos de la Clínica de Diabetes del Hospital Enrique Garcés, con el objetivo de obtener información acerca de sus conocimientos, percepciones y prácticas alimentarias. Por favor, considerando su situación actual, escoja una sola respuesta marcándola con una X. Gracias.

DATOS GENERALES					
Nombre			Edad		
Sexo	Masculino		Estado Civil	Casado	
	Femenino			Soltero	
				Divorciado	
				Viudo	
				Unión libre	
CONOCIMIENTOS					
En pacientes diabéticos, la glicemia puede incrementarse al consumir gran cantidad de:	Carbohidratos (arroz, fideo, papa, yuca, verde, granos, etc.)		Conoce cada grupo de alimentos y sus fuentes	Si	
	Grasas			No	
	Azúcar				
Las modificaciones en el estilo de vida de un diabético comprende:	Alimentación				
	Actividad física				
	Utilización de medicamento o insulina				
	Las tres opciones				
PERCEPCIONES					
Las/los Nutricionistas que tratan a personas con Diabetes deben ser entrenadas para comunicarse bien con los pacientes.	De acuerdo		El soporte de la familia y los amigos es importante para una correcta alimentación en diabetes	De acuerdo	
	Medianamente de acuerdo			Medianamente de acuerdo	
	Desacuerdo			Desacuerdo	
La dieta del diabético es económicamente inaccesible	De acuerdo				
	Medianamente de acuerdo				
	Desacuerdo				
PRÁCTICAS					
Come alimentos fuera de casa	Casi nunca		Con que frecuencia como verduras	Todos los días de la Semana	
	Algunas veces			Algunos Días	
	Frecuentemente			Casi Nunca	
Con que frecuencia come frutas	Todos los días de la Semana		Cuántas piezas de pan come al día	0 - 1	
	Algunos días			2	
	Casi nunca			3 o más	
Agrega azúcar a sus alimentos y bebidas	Casi nunca		Cuántos vasos de agua consume al día	1 - 2 vasos	
	Algunas veces			4 vasos	
	Frecuentemente			4 - 8 vasos	
				8 o más vasos	
Cuando termina de comer la cantidad servida inicialmente, pide, o se sirve más.	Casi nunca		Cuántas veces consume alimentos al día	0 - 3 veces	
	Algunas veces			3 - 5 veces	
	Frecuentemente			5 o más veces	

Acostumbra a usar edulcorantes	Si		Tiene horarios fijos para el consumo de los alimentos	Si	
	No			No	
Antes de algún compromiso con ingesta grande de alimentos, realiza ayunas para mantener la glucosa estable.	Si		Prefiere el consumo exclusivo de productos light (bajos en calorías)	Si	
	No			No	
Sigues las instrucciones que el médico o nutricionista le indican para el cuidado	Casi Siempre				
	Algunas veces				
	Casi nunca				